Европейский гуманитарный университет

факультет психологии

Ю.Г. ФРОЛОВА

ПСИХОСОМАТИКА И ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Издание второе, переработанное и дополненное

МИНСК, 2003

УДК 159.972:616.892(075.8)
ББК 56.14я7
Ф91

Рекомендовано к изданию на заседании кафедры психологии
и совета факультета психологии ЕГУ
(протокол № 2 от 23.10.2002)

Рецензент:
заведующий кафедрой психологии БГУ, доктор психологических наук, профессор И.А. Фурманов

Фролова, Ю. Г.

Ф91 Психосоматика и психология здоровья: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. / Ю.Г. Фролова. – Мн.: ЕГУ, 2003. – 172 с.

ISBN 985-6723-21-3.

Психосоматика – научное направление в психологии, сферой исследования которой являются психологические, социальные и культурные условия и причины возникновения телесных заболеваний. Новая научная дисциплина – психология здоровья – исследует безопасное и рискованное для здоровья поведение человека.

В предлагаемом учебном пособии для студентов доступно излагаются теоретические проблемы психосоматики и психологии здоровья, анализируются их достижения и противоречия.

Рекомендованное студентам факультета психологии ЕГУ, пособие может быть полезно и всем, кто интересуется проблемами психологии и здорового образа жизни.

УДК 159.972:616.892(075.8)
ББК 56.14я7

ISBN 985-6723-21-3

ГЛАВА 1

ВВЕДЕНИЕ: МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХОСОМАТИКЕ

Глубочайший раскол, давно укоренившийся в нашей культуре, как нечто само собой разумеющееся, представляет собой дихотомию души и тела… Мы являемся здоровым единством, но ...можем абстрагировать множество сторон этой цельности. Абстрагировать, но не вычитать, не отделять.

Ф. Перлз.

Психосоматика – междисциплинарное научное направление, в котором изучаются психологические, социальные и культурные факторы возникновения телесных заболеваний. В последнее время интенсивно развивается и смежное с психосоматикой направление, *психология здоровья*, исследующее психологические факторы безопасного и рискованного поведения.

Актуальность работ в области психосоматики не нуждается в дополнительных обоснованиях. К этой теме обращались многие известные ученые. Тем не менее приходится признать, что теоретически непротиворечивые и эмпирически плодотворные модели, раскрывающие механизм взаимодействия психологических и телесных процессов не разработаны и по сей день. Подтверждением этому является тот факт, что лечение психосоматических расстройств все еще не является достаточно эффективным. Они отличаются хроническим течением и в некоторых случаях длятся десятилетиями. Пока остаются без ответа вопросы о *специфичности и индивидуальной изменчивости в развитии психосоматических заболеваний*: почему в результате воздействия психологических факторов у человека возникает именно этот психосоматический синдром («специфичность»), и почему он возникает не у всех людей, подвергающихся такому воздействию («индивидуальная изменчивость»)?

Проблемы, с которыми психосоматика сталкивается на современном этапе, обусловлены несколькими причинами: абсолютизацией роли психологических факторов в развитии заболеваний, невозможностью бесконфликтного совмещения психологического и медицинского подходов в исследовании, недостаточным вниманием, которое уделяется феномену телесности в психологии.

Целостность человеческого существования – понятие гораздо более сложное, нежели понятие «психосоматическое единство». Последнее является лишь одним из ее компонентов (Ясперс, 1997). Само прилагательное «пси-

хосоматический» подразумевает выделение лишь двух аспектов человеческого существования – психологического и телесного. Часто при этом игнорируются культурные и социальные факторы (Sampson, 1998). Многие теории в психосоматике утверждают, что главными причинами возникновения болезней являются эмоциональные и личностные факторы, чем, возможно, и обусловливается негативное отношение врачей к подобным односторонним концепциям. В современной медицине распространено представление о множественности причин любого заболевания, из которого следует, что психологические факторы должны рассматриваться в ряду всех других, а их значимость определяться посредством статистических процедур (Исаев, 1991). Положение усугубляется еще и тем, что в некоторых исследованиях не учитывается сложная природа того или иного заболевания, о чем свидетельствует следующий пример.

Традиционно в психосоматической медицине гипертонию рассматривают как следствие подавленной агрессии. Однако исследование, проведенное в 1971 г., позволило разделить пациентов-гипертоников в соответствии с их психологическими характеристиками на две группы. В одну вошли испытуемые с повышенным содержанием ренина[1] в крови, другую – с нормальным уровнем этого фермента. По показателям подавленной враждебности группа пациентов с повышенным содержанием ренина отличается как от гипертоников с нормальным уровнем ренина, так и от здоровых испытуемых. Однако сообщения об исследованиях, в которых делаются попытки связать гипертонию и подавленную враждебность без учета уровня ренина продолжают публиковаться до сих пор (цит. по: Contrada et al., 1990).

Рассматривая психосоматическое взаимодействие лишь в его патологическом аспекте, мы лишаем себя возможности воспользоваться теориями, созданными в общей психологии.

При такой постановке вопроса здоровая телесность оказывается оторванной ...от психосоматической феноменологии ...Абсолютизация патогенеза симптома выводит за рамки психосоматической проблемы обширное поле феноменов психической саморегуляции и произвольного контроля телесных и вегетативных функций (Арина, 1993. С. 49).

Психосоматическое взаимодействие можно наблюдать не только в ситуации болезни. Скорее, отделение «Я» от тела переживается как особое состояние (аффект, транс, сон, наркотическое опьянение). «Динамика и пластика телесной организации человека суть характерный для человека способ существования психического», - пишет Л.И. Анциферова (1982, с. 91).

---

[1] Ренин – фермент, который образуется в почках человека и животных и опосредованным образом участвует в регуляции артериального давления. Активность ренина служит одним из показателей, необходимых для диагностики гипертонии.

К сожалению, эти идеи не получили должного развития. Укоренившееся в культуре разделение наук о человеке на те, что изучают душу, и те, что изучают тело, способствовало формированию психологии, изучающей бестелесное существо (и даже безголовое – у него ведь нет черепа, один мозг!), и медицины, анализирующей бездушное, в некотором смысле мертвое, тело. Во многих психологических теориях принимается как данность тот факт, что телесная основа является общей для всех представителей человеческой расы; но так ли это? Лишь некоторые психологи, и среди них Эрнст Кречмер и Уильям Шелдон, попытались показать, что наш физический облик неразрывно связан с нашей личностью. Однако они соотносили с психологическими качествами внешне наблюдаемые телесные особенности, не рассматривая, как такой облик (вернее жизнь именно в таком обличье) эти психологические черты формирует. В детстве нас учили, что счастье не в красоте и даже не в здоровье, а в наличии семьи, друзей, интересной работы. Мало кто задумывается над тем, каково это – жить в определенном, ограниченном болезнью или увечьем, теле, заводить друзей именно с такой, как у нас внешностью? Как правило, в психологии подчеркивается потенциальная возможность для человека преодолеть ограничения, связанные с телесностью существования, подчинить себе тело, а не психосоматическое единство. Такой подход представляет собой научное обоснование аскетических религиозных практик, направленных на смирение плоти ради освобождения души (Turner, 2001).

В последнее время наметилась тенденция к преодолению телесно-исключающего психологического дискурса. Среди современных направлений исследования телесности Э. Сэмпсон называет феноменологическое, феминистское и социально-конструктивистское (Sampson, 1998). Другие авторы указывают на психоанализ и гештальт-психологию (Pollio et al., 1997). Подробнее эти направления будут рассмотрены нами в следующих главах.

Медицина опирается на объективные методы исследования. При конструировании «мира экспериментальной ситуации» в рамках объективного подхода исследователь обычно опирается на одну из двух противоположных онтологических позиций. Либо все измерения сводятся к физическим измерениям, либо выбирается один из относительно независимых типов «объективации одних и тех же реальностей»[1]: психогенетический, психосоциологический и т.п. (Тищенко, 1993. С. 29). В медицине эти позиции находят выражение либо в попытке максимально точного измерения психологических факторов, либо в отождествлении психических процессов с процессами в

[1] Здесь П.Д. Тищенко опирается на известную работу Ж. Пиаже (1966) «Характер объяснения в психологии и психофизический параллелизм».

нервной системе. Интересно, что при использовании в медицинских исследованиях каких-либо психологических тестов можно наблюдать поразительное доверие к возможности с их помощью «точно» определить психические факторы, как если бы это были устройства для измерения кровяного давления или температуры[1]. Психологические факторы в объективном подходе неизбежно признаются второстепенными. Они начинают рассматриваться в качестве причины заболевания лишь в том случае, если его не удается объяснить иначе.

Когда психические и телесные процессы противопоставляются друг другу, неизбежно встает вопрос о механизме их взаимодействия. Как отмечает П.Д. Тищенко (1993, с. 33-34), если мы хотим получить строго научную (с точки зрения объективизма) модель такого отношения, то должны психическое и соматическое поместить «в один объективный мир»:

> **Прежде всего само понятие отношения имеет смысл в контексте объективного метода только как причинное отношение. ...Любое допущение существования особой «психологической реальности» сразу же делает логически невозможным трактовку отношения между психическим и соматическим как причинного. Психическое лишь тогда может действовать на соматическое, когда между ними есть нечто общее, сводящее их в одно реальное пространство.**

Можно представить себе такую модель совместной работы врача и психолога, при которой первый изучает биологические факторы, а второй – параллельно – психологические (что, собственно говоря, и происходит в тех случаях, когда проводятся междисциплинарные исследования). Однако, как правило, в итоге имеет место лишь корреляционное соотнесение полученных данных.

Видимо, главная проблема психосоматики заключается в том, что она пытается доказать существование явлений, которые на интуитивном уровне хорошо знакомы каждому из нас, однако зачастую игнорируются медициной и научной психологией. Философ, отстаивающий превосходство духа над материей, для доказательства и распространения своих идей обязан быть телесным, как и его аудитория. Гораздо проще убеждать слушателей и читателей, обладая величественной внешностью и сильным голосом. Все религиозные ритуалы, от исповеди до поста, являются *телесными* практиками. Мы пришли в мир как телесные существа и именно в таком качестве проживаем отпущенные нам годы. Человек переживает себя воплощенным в теле во время любой деятельности. Непрерывные изменения тела, связанные с рож-

---

[1] Более подробно см.: Ю.Г.Фролова. Теоретические и практические проблемы современной психологии здоровья // Психологическая практика: проблемы и перспективы. Мн., 2002. С. 104-141.

дением, взрослением, беременностью и родами, болезнями и травмами, старением и умиранием, способствуют непрерывным изменениям «Я».

В психосоматике можно либо решать проблему механизма взаимодействия телесных и душевных процессов (т.е. пытаться, фактически, ответить на один из основной вопрос философии – о соотношении материального и идеального в бытии человека), либо вернуться в сферу психологии и обратиться к традиционным для нее сферам интереса. Психологические феномены, связанные с психосоматической проблемой, включают в себя образ тела, телесное самосознание, ценностные характеристики тела, приемы телесной саморегуляции и т.п. Второй подход представляется нам более плодотворным, хотя пока и недостаточно разработанным.

Рассмотрим ***типичные модели исследования***, характерные для психосоматики и психологии здоровья.

1. *Метод поперечных срезов*. В данном случае психические и телесные характеристики измеряются одновременно. Метод привлекателен вследствие малых временных затрат, однако не может обеспечить нас точной информацией о причинно-следственных связях. Влияние психологических факторов на состояние здоровья определяется при помощи статистических процедур. В общем, подобным образом построено большинство исследований в психологии. Однако необходимо учитывать, что заболевание развивается обычно в течение длительного времени, оказывая при этом непрерывное влияние на психику человека. Поэтому представляется совершенно некорректной попытка обсуждения психологических особенностей *больного* либо воздействующих на него в период исследования внешних факторов как возможных причин заболевания.

2. *Лонгитюдный метод.* На начальном этапе исследования измеряются психологические и социальные факторы, воздействующие на испытуемых; личностные характеристики, состояние здоровья, на основании чего все они разделяются на определенные группы. Затем ведется наблюдение, обычно несколькими специалистами. Через определенное время вновь изучается и сопоставляется состояние здоровья испытуемых, принадлежащих к различным группам. Наиболее известные лонгитюдные исследования в области психосоматики были посвящены связи поведенческого типа «А» с ишемической болезнью сердца и роли депрессии в возникновении онкологического заболевания. Они будут подробно рассмотрены в главах 6 и 7. По сравнению с методом срезов лонгитюдный метод позволяет подтвердить влияние психических процессов на соматические за счет разведения измерений во времени. Однако применять его весьма сложно. Наблюдая за испытуемыми в течение долгого времени, приходится отслеживать и контролировать влияние на их

здоровье огромного количества факторов. Кроме того, возникновение заболевания, как и связываемые с ним гипотетически личностные особенности могут быть вызваны действием одной и той же причины.

3. *Эксперимент*. Являясь общепризнанным в рамках объективного подхода способом выявления причинно-следственных отношений, метод эксперимента не позволяет нам в полной мере изучать психосоматические связи. В том случае, когда он проводится на животных, непонятно, что фиксируется в качестве *психологических* факторов, и можно ли использовать результаты исследований для объяснения болезней человека. Кроме того, в экспериментах обычно демонстрируются достаточно кратковременные изменения в телесных процессах, которые не обязательно могут привести к болезни. Широко известны эксперименты, подтверждающие влияние на здоровье состояний стресса и выученной беспомощности (см. главы 4 и 7).

4. *Оценка эффективности***.** В этом случае предполагается, что если та или иная психологическая интервенция, направленная на решение конкретной проблемы была эффективной (улучшилось состояние здоровья, изменилось поведение), следовательно, данная проблема может рассматриваться как этиологический фактор. В области психосоматики широко известно исследование Д. Шпигеля с соавторами (Spiegel et al., 1989), посвященное оценке эффективности терапии пациентов, страдающих раком. Этот метод также используется для выявления факторов безопасного и рискованного поведения (см. главы 7 и 13). Проблема заключается в том, что следует понимать под эффективностью воздействия, а также в необходимости постоянно учитывать влияние побочных факторов на результат вмешательства.

5. *Нарративный анализ.* Нарратив – это структурированный дискурс (текст или повествование), в котором в форме истории связываются в определенной последовательности действующие лиц и события (Marks et al., 2000). В качестве повествования могут быть рассмотрены и устный рассказ, и написанная история, и определенная цепочка (структура) действий. Важными особенностями нарратива являются:

- конструируемый и передаваемый при его посредстве личностный смысл;
- воздействие, которое он оказывает на аудиторию,
- влияние, которое он испытывает со стороны аудитории;
- наличие одной или нескольких сюжетных линий;
- влияние на чувство самоидентичности;
- стратегия действий, которая строится на его основе;
- эстетические характеристики.

Нарративный анализ часто применяется для изучения субъективного смысла болезни, анализа процесса лечения либо преодоления каких-либо кризисных ситуаций (см.: Kleinman, 1988; Mattingly, 1998).

6. *Фокус-группы*. Этот метод используется в случае, если необходимо изучить представления, характерные для какой-либо социальной группы. Особенно часто он применяется в психологии здоровья, например, при разработке новых программ профилактики заболеваний.

В заключение вводной главы добавим, что, поскольку главной целью нашего пособия была попытка критического осмысления различных теорий психосоматических расстройств, отдельным патологическим синдромам, а также методам их лечения уделяется гораздо меньше внимания. Детальное описание психосоматических заболеваний представлено в учебнике В. Бройтигама с соавторами «Психосоматическая медицина», а также в монографии В. Д. Тополянского и М. В. Струковской «Психосоматические расстройства» (см. список источников в конце книги).

Резюме

Для психосоматики как специфической области знания на современном этапе ее развития основными являются теоретические проблемы механизма психосоматического взаимодействия, специфичности и индивидуальной изменчивости, а также проблема разработки эффективного метода лечения психосоматических расстройств. Трудность в их разрешении связана с попыткой применения методов естественных наук к изучению телесности человека, которая является не столько биологическим, сколько социально-психологическим феноменом. Дальнейшее развитие психосоматики как научного направления в рамках психологии невозможно без изучения здоровой телесности, однако этому мешает характерный для психологии дискурс, исключающий тело из сферы ее интересов. Независимо от приемов, которые используются для доказательства «психосоматического взаимодействия», противопоставление психического и соматического как различных аспектов человеческого существования приводит к возникновению трудноразрешимых методологических вопросов.

Рекомендуемая литература

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. М., 1999. С. 9-37, 41-47.

Тищенко П.Д. Психосоматическая проблема (объективный метод и культурологическая интерпретация) // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 28-38.

Тхостов А. Ш. Психология телесности. М., 2002. С. 3-15.

Sampson E.E. Establishing Embodiment in Psychology // Stam H. (Ed.). The Body and Psychology. Cambridge, 1998. P. 30-52.

ГЛАВА 2.
КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Клиническая практика показывает, что психосоматические расстройства не представляют собой однородной группы заболеваний как по их характерным проявлениям, так и по этиологии.

Пример 1. Женщина 45 лет обратилась к психиатру после безуспешного лечения у терапевта по поводу непрекращающихся приступов рвоты. Рвота и раньше появлялась у нее в ответственные периоды жизни, последнее же обострение было связано с радостным событием – получением новой квартиры. Характерно, что пациентка давно страдает от язвы желудка, однако рвота возникала вне обострения основного заболевания. Несмотря на то, что предложенное психиатром лечение привело к значительному улучшению самочувствия и прекращению рвоты, больная крайне негативно относится к своему пребыванию в стационаре и не желает даже гипотетически обсуждать возможные психологические факторы, повлиявшие на возникновение ее проблемы.

Пример 2. Женщина 38 лет была вынуждена пройти многочисленные обследования, а затем и обратиться к психиатру по поводу упорного кожного зуда, нарушений в работе кишечника, приступов учащенного сердцебиения. Проведенные обследования соматической патологии не выявили.

Пример 3. Женщина 22 лет во время каждой сессии страдает от сильных спазмов в нижней области живота и отсутствия аппетита. Эти симптомы исчезают сразу же после того, как она, придя на экзамен, вытягивает билет.

Пример 4. Женщина 32 лет направлена к психотерапевту «из Центра охраны материнства с диагнозом «хроническое невынашивание», что означает прерывание беременности по витальным показаниям (аборт), чем на протяжении 14 лет… заканчивались все ее семь беременностей. Острый токсикоз… начинается сразу после того, как М. узнает о беременности… Предпринимаемые неоднократно разными врачами попытки справиться с токсикозом… были безуспешны» (Соколова, 1994. С. 86-87).

Пример 5. Женщина 30 лет страдает от астмы уже 12 лет. После длительного клинического наблюдения был сделан вывод, что ее склонность дышать быстро, делая неглубокие вдохи, усиливает выраженность астматических приступов (Bundy, 1995, С. 583).

Очевидно, что противоречия в теоретических и лечебных подходах могут объясняться тем, что специалисты обсуждают различные психосоматические симптомы как вызванные одними и теми же причинами. Например, предполагается, что стресс является фактором развития и ишемической болезни сердца, и психогенной боли. Кроме того, трудно предложить четкие критерии, которые позволили бы разделить нормальные физиологические реакции[1] и функциональные психогенные расстройства. В случае органических заболеваний также могут возникать вторичные психосоматические симптомы. Как будет показано в дальнейшем, включение в классификацию психических болезней новых категорий, в которых дается характеристика подоб-

[1] Например, связанные с изменением эмоционального состояния.

ных расстройств, не устраняет всех трудностей, возникающих в процессе диагностики.

Рассмотрим наиболее часто встречающиеся в научной литературе варианты классификации.

1. Классификация К. Ясперса

В 1914 г. К. Ясперс в работе «Общая психопатология» выделил следующие группы «психосоматических фактов»:

1. Соматические ощущения, которые существуют или могут быть вызваны у любого человека. Для них характерны недифференцированность, слабая осознаваемость. Подчеркивается несоответствие между ощущениями и органическими процессами:

> **Большинству людей чуждо беспристрастное отношение к собственным соматическим ощущениям. Им скорее свойственно искажать факты под воздействием страха и других психических реакций (1997, с. 283).**

Рассуждая об этой разновидности соматопсихических феноменов, Ясперс приводит примеры ощущений, которые он рассматривает как патологические. Это симптомы истерии, боли без органической основы, психогенная анестезия, телесные галлюцинации и псевдогаллюцинации. Такие ощущения патологичны потому, что они либо не имеют никакой телесной основы, либо отражают соматические процессы с грубым искажением, либо, наконец, являются не столько ощущениями, сколько продуктами воображения:

> **Вообще говоря, сообщения больных (особенно невротиков) о собственных соматических ощущениях ...едва ли могут считаться источником объективного знания о психофизических процессах. Если мы будем трактовать их как настоящие чувственные восприятия, то есть как наблюдения, обладающие свойством объективности, это будет означать отождествление невротических фантазий с фактическими наблюдениями. ...<Вайцзеккер> пытается проникнуть в психофизические связи через фантазии психопата, страдающего недержанием мочи ...его интерпретация случая ...меня не убеждает (С. 283-284).**

К сожалению, Ясперс оставляет без внимания вопрос о том, насколько свободны от фантазий и грубых искажений ощущения здоровых людей, а также (если судить по работе «Общая психопатология) рассматривает в качестве наиболее полезной функции ощущений отражение физиологических процессов.

2. Перманентные, сопровождающие любую психическую активность соматические явления. К ним, например, относятся физиологические проявления эмоций.

3. Соматические болезни, зависящие от психической сферы. К этой группе относятся:

- обмороки и припадки (имеются в виду истерические, или, если использовать оригинальную терминологию Ясперса, «психогенные припадки», иногда возникающие как следствие психического возбуждения);
- функциональные расстройства органов, например, нарушения в работе желудочно-кишечного тракта, сердечной деятельности, изменения менструального цикла, зрения, голоса, слуха, а также «псевдоневрологические» проявления (тики, заикание, тремор). Больные считают, что эти расстройства вызваны биологическими факторами. Как писал Ясперс, «невроз поражает душу, которая …избирает тот или иной орган, специально для того, чтобы проявить это свое поражение вовне». Работа этого органа, как правило, может быть легко истолкована символически (там же, с. 295);
- соматические заболевания, зависящие от состояния души. Ясперс отмечает, что для осуществления своего воздействия душа пользуется «проторенными» путями, т.е. уже ослабленными органами. К ним относятся, например, язва желудка, бронхиальная астма;
- расстройства «комплексного инстинктивного поведения». К ним относятся писчий спазм[1], сексуальные дисфункции, нарушение потоотделения и колебания веса тела у психически больных, эндокринные нарушения.

Предложенное Ясперсом описание психосоматических синдромов послужило основой для большинства последующих классификаций. Заметим, что он разграничивает типичные физиологические проявления эмоций и функциональные расстройства («неврозы») органов, а последние в свою очередь отличает от истерических нарушений.

2. Классификация психосоматических расстройств в психоанализе

Наиболее часто в психоаналитической литературе предлагается разграничивать истерические (конверсионные) симптомы, телесные симптомы при неврозе тревоги и психосоматические по этиологии заболевания внутренних органов. К последней группе относят язву желудка и двенадцатиперстной кишки, нейродермит, бронхиальную астму, ишемическую болезнь сердца, эссенциальную гипертонию, ревматоидный артрит.

Эта классификация основывается на работах З. Фрейда и Ф. Александера. Фрейд подчеркивал отличие между органическими симптомами при ис-

[1] Писчий спазм – судорога мышц пальцев кисти с нарушением их синергизма и невозможностью писать, хотя другие движения руки осуществляются в полном объеме (см.: Блейхер, Крук, 1996. С. 286).

терическом и актуальном неврозах. Он полагал, что симптомы истерии символизируют вытесненное представление, т. е. возникают в результате психологической работы по их обезвреживанию, в то время как симптомы актуального невроза вызваны блокированием допуска «в психику нежелательного соматического возбуждения, которое реагирует на это формированием органических процессов» (цит. по: Аммон, 2000. С. 21). Иными словами, эти телесные симптомы, по мнению Фрейда, не представляют интереса для психологического анализа.

В свою очередь Ф.Александер предлагал разграничивать конверсионные сипмтомы и вегетативный невроз. Конверсионный симптом чаще всего относится к сфере восприятия и движений. Он необходим для «сброса» эмоционального возбуждения. В свою очередь вегетативный невроз является не средством устранения психологического напряжения, а реакцией организма на хроническое эмоциональное состояние (Александер, 1995; Обухов, 1997). Заметим, что в предложенной Александером классификации остается не проясненным вопрос о разграничении «нормальных» физиологических проявлений эмоций и патологического вегетативного синдрома. Немаловажным является и тот факт, что Александер рассматривает вегетативный невроз как начальную стадию в развитии психосоматической патологии.

3. Органические, функциональные и психогенные расстройства

В медицинской литературе часто встречается разделение всех соматических расстройств на органические и функциональные. Под функциональными понимаются такие нарушения, когда изменена работа внутренних органов, однако их ткани не повреждены. Органическая патология означает необратимое изменение тканей. Однако в последнее время клиницисты склонны отказываться от подобного подхода к классификации, так как оба вида патологии оказались взаимосвязанными. Скорее, отмечает А.М. Вейн (1989), нужно разделить симптомы, в зависимости от их происхождения, на органические и психогенные, функциональные же нарушения могут возникать в каждом из этих случаев. Вейн выделяет три основные формы проявления психогенных заболеваний:

- невротические расстройства;
- психосоматические расстройства;
- психофизиологические синдромы.

Психофизиологические синдромы возникают под воздействием острых или хронических стрессоров. Среди них можно выделить вегетативные расстройства, эндокринные нарушения, нарушения сна и др. От неврозов они

отличаются отсутствием явного невротического конфликта, а от психосоматических заболеваний – отсутствием органических повреждений. У больных неврозами, как утверждает Вейн, редко возникают психосоматические заболевания, в то время как у психосоматических расстройств и психофизиологических синдромов много общего. Психофизиологический синдром может быть начальным этапом развития психосоматического расстройства.

В развернутом виде подобная классификация, основанная на разграничении органических и психогенных факторов, может быть представлена в следующем виде:

Причины возникновения:

←Органические / Психогенные→

- Симптомы внушения, например, изменение схемы тела, психогенная анестезия, симптом внушенного ожога, фантомная боль

- Истерические симптомы

- Психовегетативные синдромы

-Классические психосоматические заболевания: язва желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, бронхиальная астма, тиреотоксикоз, эссенциальная гипертония, ревматоидный артрит, нейродермит

- Травмы и органические заболевания

Однако разделение симптомов на органические и психогенные не является достаточно точным. Анализ катамнезов[1] свидетельствует о том, что у 60% больных с истерическими расстройствами впоследствии обнаруживают органическую патологию нервной системы (Bootzin & Acocella, 1988). В то же время можно рассматривать повышенную склонность человека к травмам как результат стремления к самоповреждению или неадекватного отношения к телу. В работе «Психопатология обыденной жизни» З. Фрейд показывает, как перелом ноги может возникать в результате стремления человека наказать себя:

Одна молодая женщина упала из экипажа и сломала себе при этом ногу ...при этом бросается в глаза, как мало она жалуется на боль и с каким спокойствием переносит свою беду. ...<Она> гостила со своим мужем, очень ревнивым человеком, в имении своей замужней сестры... Однажды вечером она... протанцевала по всем правилам искусства канкан... к неудовольствию мужа, который потом прошептал ей: «Ты вела себя опять как девка». Слово это попало в цель... Во время поездки ...когда беспокойные кони действительно закапризничали, выскочила в испуге из коляски и сломала себе ногу, в то время как оставшиеся в коляске вернулись целыми и невредимыми. Зная эти подробности,

[1] *Катамнез* - информация о больном, собираемая после выписки из больницы.

вряд ли можно сомневаться в том, что этот несчастный случай был в сущности подстроен, но вместе с тем нельзя не удивляться той ловкости, с какой она заставила случай применить наказание, столь соответствующее ее вине. Ибо теперь ей долгое время уже нельзя было танцевать канкан (1990, с. 271-272).

Результаты многочисленных исследований позволяют сделать вывод о значительном влиянии психологических факторов даже на онкологические заболевания (этот вопрос будет обсуждаться в главе 7).

4. Психиатрическая классификация психосоматических синдромов

Новое понимание психосоматических расстройств отражено в 10-м пересмотре Международной классификации болезней[1] (1994). Этой классификацией предусматривается *возможность развития или обострения хронических соматических заболеваний под влиянием психологических и социальных факторов. В таком случае основное заболевание получает дополнительный код F54*. Необходимо, чтобы психологические обстоятельства были достоверно связаны с началом или обострением заболевания, а сопутствующие им органические нарушения четко зафиксированы (см. *пример 5* в начале главы).

Кроме того, в МКБ-10 представлена диагностическая категория *«Соматоформное расстройство» (F45)*, включающая такие варианты, как соматизация, соматоформная вегетативная дисфункция, соматоформное болевое расстройство, ипохондрическое расстройство. Главным признаком соматоформного расстройства является постоянное возникновение физических симптомов, наряду с постоянным требованием медицинских обследований (вопреки их отрицательным результатам). Если даже у пациента имеются реальные телесные расстройства, они не могут объяснить специфики и выраженности симптомов. Больные противятся попыткам психологического объяснения своих страданий, у них может отмечаться и демонстративное поведение, причем имеются убедительные основания считать, что такое поведение обусловлено недостаточно корректным и внимательным отношением врачей (Sanders, 1996). Рассмотрим соматоформные синдромы более подробно.

«Соматизированное расстройство» (F45.0) – характеризуется множественными, постоянно возникающими и в то же время изменчивыми соматическими симптомами, длящимися не менее двух лет. Жалобы могут относиться к различным органам и системам организма:

- желудочно-кишечный тракт (рвота, боли в животе, тошнота, вздутие живота, понос, непереносимость отдельных видов пищи);

[1] В дальнейшем – МКБ-10.

- сердечно-сосудистая система (поверхностное дыхание, учащенное сердцебиение, головокружение, боли в области груди);
- гинекологическая сфера (болезненные или нерегулярные менструации, рвота во время беременности);
- кожная чувствительность (зуд, жжение, покалывание, онемение, болезненность) (МКБ-10, 1994; Каплан, Сэдок, 1998)

Кроме того, могут наблюдаться боли различного характера и локализации. Подчеркнем, что мышечные боли напряжения не относятся к этой категории расстройств, поскольку являются физиологическим симптомом тревоги.

Несмотря на то, что во многих случаях у больных отмечается высокий уровень тревоги и депрессии, они не склонны обсуждать психологические причины своих телесных симптомов и не жалуются на эмоциональные проблемы. Чаще всего беспокойство и сниженное настроение больные связывают с плохим физическим самочувствием и отчаянием из-за невозможности получить эффективную медицинскую помощь. Учитывая множественность и длительность жалоб, *пример 2*, приведенный в начале этой главы, с большой вероятностью можно отнести к соматизированному расстройству.

Ипохондрия (F45.2). Больные постоянно озабочены возможностью появления/наличия тяжелого недуга; часто они интерпретируют свои нормальные ощущения как патологические симптомы. Степень убежденности в наличии заболевания меняется от одной медицинской консультации к другой. В отличие от пациентов с соматизированным расстройством, которые озабочены своими *симптомами*, ипохондрик боится *заболевания* и его последствий. Кроме того, концепция болезни у человека, страдающего ипохондрией, более четкая и стабильная. Как правило, такие больные не склонны верить врачам, пытающимся разубедить их. Они также могут страдать от тревоги и сниженного настроения. Приведем пример:

Женщина 50 лет обратилась к психиатру с жалобами на тревогу и нарушения сна. Помимо этого, она отмечает большое количество неприятных ощущений в области желудка. Пациентка убеждена, что эти ощущения вызваны хронической болезнью (у нее имеется группа инвалидности по заболеванию желудочно-кишечного тракта). Она фиксирована на своих недугах, в рассказе о жизненном пути упоминает в основном о своем самочувствии, операциях и врачах, которые ее лечили. Несмотря на разъяснения специалистов, что болевые ощущения на данном этапе не связаны с патологией желудка, она остается тревожной и депрессивной, полагая, что ее хроническое заболевание продолжает развиваться.

Соматоформная вегетативная дисфункция (F45. 3) – характеризуется жалобами на симптомы вегетативного возбуждения, локализованные в каком-либо определенном месте (чаще всего – в области сердца, желудочно-кишечного тракта и системы дыхания), в сочетании с другими признаками

вегетативного возбуждения. При этом симптомы имеют хронический характер, и больной обеспокоен неприятными ощущениями, исходящими от какого-либо органа. При соматизированном расстройстве вегетативные симптомы менее выражены и не относятся все время к одному органу. В наибольшей степени диагнозу соматоформной вегетативной дисфункции соответствует *пример 1*, хотя, несомненно, для правильного решения этого вопроса нужно получить достоверные сведения о возникновении рвоты в сочетании с признаками вегетативного возбуждения.

Хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4) – характеризуется упорной, тяжелой и угнетающей болью, которая связана с психологическими причинами, стрессом и т.п. Это расстройство будет подробно рассмотрено в главе 10, пока же приведем пример:

Женщина 36 лет обратилась в клинику с жалобами на постоянную боль внизу живота, длящуюся в течение трех лет. Она перенесла три лапаротомии и одну гистеректомию[1]. Последняя процедура была связана с тем, что во время диагностической операции хирург заметил подозрительные образования в области матки. Несмотря на это, боль сохранила свою силу и локализацию (Barbour, 1995, P. 18-19).

Физические симптомы могут наблюдаться и при *тревожных расстройств (F41)*, например, при паническом (F41.0) и генерализованном тревожном (F41.1). В этом случае больной склонен фиксироваться на своем эмоциональном состоянии, обычно готов обсуждать психологические проблемы. Соматические симптомы относительно кратковременны и могут быть достаточно успешно устранены при помощи транквилизаторов; они исчезают при отвлечении внимания больного, в процессе релаксации. Типичными соматическими коррелятами тревоги (свидетельствующими о возбуждении симпатического отдела вегетативной нервной системы) являются учащенное сердцебиение, боли в груди, головокружение, ощущение нехватки воздуха, дрожь, мышечное напряжение, потливость, дискомфорт в эпигастральной области. В отличие от страдающих соматоформной вегетативной дисфункции, жалобы такого пациента не относятся к одному органу (системе).

Как правило, при тревожном расстройстве перечисленные симптомы сопровождаются страхом смерти, сумасшествия, потери контроля над собой, неприятных событий, которые случатся в будущем (МКБ-10, С.139). Приведем пример:

---

[1] *Лапаротомия* – вскрытие брюшной полости в целях лечения или уточнения диагноза, *гистерэктомия* – удаление матки.

Мужчина в возрасте 31 года жалуется на постоянное чувство тревоги, связанное с работой, семейными и интимными отношениями. На работе он опасается допустить какую-либо непростительную ошибку, общаясь со своей девушкой, постоянно думает о возможном расставании с ней. Одновременно пациент сообщает о большом количестве соматических симптомов: мышечном напряжении, усталости, сильной боли в области шеи и плеч. Кроме того, во время острых приступов, которые он характеризует как «панику», отмечаются нехватка воздуха, повышенная потливость, головокружение (Vitkus, 1993, P. 3).

Если соматические симптомы наблюдаются в рамках депрессивного расстройства, то оно (это расстройство) кодируется как *«депрессивный эпизод с соматическими симптомами»: F32.01, F32.11*). Соматические симптомы при депрессии, скорее всего, являются эквивалентом аффективной патологии (Тополянский, Струковская, 1986). Их периодичность соответствует циклическим сменам настроения (в частности, можно отмечать суточные и сезонные колебания), они исчезают во время ремиссии. Больной соматизированной депрессией обычно полагает, что его тяжелое душевное состояние связано с физическим страданием. Он красноречив и неистощим в своих жалобах (как правило, множественных, не относящихся к какому-либо одному органу).

Что касается нарушений, которые ранее (в МКБ-9) фиксировались в рамках истерического невроза или истерической психопатии, то они в основном попали в категорию *«Диссоциативные (конверсионные) расстройства» (F44)*. Термин «диссоциация» означает дезинтеграцию памяти на прошлое, осознания идентичности и непосредственных ощущений, а также нарушение контроля над движениями. Такого рода симптомы, видимо, могут быть вызваны травматическими для личности событиями, неразрешимыми проблемами, нарушением межличностных отношений. Динамика расстройств чаще всего соответствует динамике конфликта, т.е., если, например, конфликт имеет хронический характер, то аналогичный характер принимает и расстройство. Жалобы больных «часто отражают <их собственные> представления ...о физическом заболевании, что может находиться в противоречии с физиологическими или анатомическими принципами». Симптомы помогают больному либо избежать открытого выяснения отношений, либо выразить свое мнение косвенным образом (МКБ-10, с.155) .

В картине «современной истерии» больше представлены «псевдосоматические симптомы», нежели псевдоневротические расстройства:

В наблюдениях последних лет почти не приходилось сталкиваться с классическими вариантами …судорожных припадков. На смену им пришли ...малые, редуцированные формы судорожного реагирования со смещением акцента в сторону психосоматических проявлений: легкие обмороки… а также спазмы в горле, пищеводе, блефароспазм, приступы удушья, плача и

т.п. Среди расстройств чувствительности более частыми симптомами стали глоссалгия и масталгия[1] (Семке, 1988, С.58).

Клинические описания соматических жалоб и симптомов при истерии выглядят следующим образом:

На работе умела мгновенно переключаться и забывать о своих подозрениях и обидах, но возвращаясь домой, вновь погружалась в размышления о разрушенной жизни, красочно, в деталях представляла сцены измены; в такие моменты «вся цепенела, перехватывало горло, не могла говорить, ноги отнимались и холодели», возникал страх надвигающейся смерти (там же, с. 45).
После незначительной семейной ссоры появился «резчайший сердечный приступ»: ощущала удушье, похолодание кончиков пальцев, а затем «перебои в сердце». Приступ сопровождался «нервным плачем», долго не могла успокоиться, металась по кровати, боялась надвигающейся смерти прощалась с родными (там же, с. 113).

В этих примерах можно увидеть четкую связь между возникновением истерических симптомов и психотравмирующей ситуацией, их обусловленность эмоциональным состоянием человека, демонстративное поведение, красочный способ описания проблемы, исчезновение нарушений после отвлечения внимания больного.

В МКБ-10 включены диагностические категории *«Преувеличение физических симптомов по психологическим причинам» (F68.0) и «Преднамеренное вызывание или симуляция симптомов или инвалидизации» (F68.1).* Когда мы говорим о преувеличении физических симптомов, то имеем в виду, что изначально обусловленные реально существующим заболеванием нарушения усиливаются или же замедляется процесс их излечения, к ним добавляются другие, неспецифические по своему характеру симптомы. Обычно такой больной стремится привлечь внимание к себе, обеспокоен своим состоянием, неудовлетворен исходом лечения. Иногда усиленным жалобам способствует получаемая в результате материальная выгода. Что касается симулятивного расстройства (F68.1), то в этом случае индивид для симуляции определенных симптомов прибегает к самоповреждениям (вплоть до вызывания у себя кровотечения или инъекций отравляющих веществ). Такие действия, отмечается в МКБ-10, не имеют в своей основе четкой мотивации, по крайней мере, эти люди не стремятся уклониться от уголовной ответственности или получить явную материальную выгоду. Скорее, им нравится роль больного.

Заметим, что, опираясь на МКБ-10, достаточно трудно отнести к определенной категории синдромы, представленные в 3-м и 4-м примерах.

[1] *Глоссалгия* – боли, покалывание, онемение в языке. *Масталгия* – боли в области молочной железы.

Резюме

Большинство подходов к классификации психосоматических расстройств основывается на разделении физиологических коррелятов тревоги, органических симптомов, которые могут усиливаться в результате действия психологических факторов, нарушений поведения (приводящих к болезни), а также условно желательных симптомов, способствующих отреагированию/устранению психологического конфликта (истерия).

Рекомендуемая литература

Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: В 2 т. М., 1998. – Т. 1.

Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб, 1994.

Bootzin R., Acocella J. Abnormal psychology: Current perspectives. New York, 1988.

Functional Somatic Syndromes: Etiology, Diagnosis and Treatment / Ed. by P. Manu. Cambridge, 1998.

ГЛАВА 3
ПСИХОАНАЛИЗ: РЕАБИЛИТАЦИЯ ТЕЛА

Благодаря своей многослойности образ тела можно сравнить с картиной, которую снова и снова рисовали на одном и том же холсте. Между тем индивид как художник есть и остается частью своего образа тела, поскольку он всей жизнью связан с тем, что там нарисовано, и поскольку в отношениях между идеей и образом может господствовать либо продуктивное, либо разрушительное напряжение.

Х. Томэ, Х. Кэхеле.

Психоанализ был одним из первых направлений, обратившимся к проблеме тела. Психоаналитические идеи в значительной степени способствовали развитию психосоматики. З. Фрейд и его последователи показали, что телесные ощущения и желания, а также представления о теле являются важной составляющей личности. В психоаналитической теории развития, предложенной Фрейдом, отдельные стадии развития ребенка связываются с изменением телесной локализации либидо[1]. Утверждается, что телесные желания (в частности, сексуальные) и образ тела направляют поведение человека. Фрейд реабилитировал тело, понимаемое со времен Декарта как послушный автомат. Он снова сделал его интересным для философов и психологов. Однако тело в психоанализе все же является телом-объектом, управляемым инстинктами. Представления о теле как о носителе символов (например, концепции «соматического языка» Дейча, «протоязыка» Шаша), несмотря на всю их плодотворность, также подчеркивают пассивную роль тела в выражении желаний, эмоций и конфликтов.

На развитие психосоматической медицины наибольшее влияние оказали психоаналитические теории объектных отношений, защитных механизмов и истерической конверсии.

1. Теория объектных отношений

Как отмечает П. Куттер (1997), эта теория в отличие от психоанализа Фрейда делает акцент не на инстинктах, а на отношениях между людьми[2]. М. Кляйн одной из первых подчеркнула важность ранних объектных отношений[3] для развития ребенка. Многое сделали для развития этой теории Р. Спитц, Дж. Боулби, М. Балинт. Они указывают на такие факторы развития

---

[1] *Либидо* – психическая энергия, лежащая в основе сексуальных проявлений индивида, или, в более широком смысле, любая психическая энергия.

[2] См. также работу З. Фрейда «Об особом типе выбора объекта у человека» (1910).

[3] *Объект* в психоанализе – это предмет, часть предмета или человек, на которые направлено либидо субъекта.

психосоматического заболевания, как раннее расставание ребенка с матерью, отсутствие или противоречивость материнской заботы, нарушение грудного вскармливания. Также подчеркивается роль телесной стимуляции в формировании «Я».

М. Балинт полагает, что для психосоматических больных характерно недостаточно устойчивое восприятие себя и диффузные границы «Я». Проблемой этих пациентов является невозможность установления комфортной дистанции в межличностных отношениях. Они ощущают постоянную потребность в эмоциональной поддержке и опасаются выражать свои негативные чувства человеку, который ее удовлетворяет. Негативные чувства больных оборачиваются против них самих. Для устранения психосоматических симптомов Балинт предлагает проработать излишнюю зависимость от объекта (прежде всего – от матери) (Бройтигам и др., 1999).

Психосоматическое заболевание может быть интерпретировано как результат борьбы за контроль над своим телом, которую пациент ведет со значимыми для него людьми. Чтобы ребенок развивался, мать должна отпустить его «на свободу» ...давая ему тем самым возможность постепенно узнать собственное тело, научиться распоряжаться им и освоить его потенциал» (Куттер, 1997. С. 198). В то же время мать может чрезмерно ограничивать самостоятельность ребенка, относиться к его телесному пространству без достаточного уважения. В таком случае ребенок может считать, что его тело принадлежит не ему, а матери (Обухов, 1997). Мать, которая не обращает на ребенка особого внимания, заставляет его чувствовать себя никому не нужным, тем самым подсказывает ему и способ отношения к его телу (Куттер, 1997). Как отмечала А. Фрейд (A.Freud, 1965), ребенок будет любить и ценить свое тело настолько, насколько мать его любит.

З. Фрейд отмечал, что либидо может быть направлено как на какой-либо внешний объект, так и на самого субъекта (цит. по: Томэ, Кэхеле, 1997. Т.2). Если либидо обращается на самого субъекта, то его отношения с внешним миром фактически разворачиваются внутри и на поверхности тела. Следовательно, соматические расстройства будут являться символическим отражением этих отношений. Приведем несколько иллюстраций рассмотренных положений.

А. Психоаналитическая интерпретация нейродермита[1]. Х. Томэ и Х. Кэхеле (1997, т. 2) описывают историю пациента, страдавшего нейродермитом в течение многих лет. Когда у него случались эмоциональные кризисы, состояние кожи ухудшалось. В такие периоды больной ограничивал свою социальную активность, отгораживался от окружающих эмоционально, символически и буквально: запираясь в ванной комнате. Направляя все внимание на кожу, он проводил долгие часы, разглядывая и расчесывая пораженные болезнью участки. Кожа в данном примере является «объектом настроения», то есть местом локализации либидо. Поскольку большую часть времени внимание пациента было приковано к его коже, он расширил запас слов, описывающих ее состояние. Воздействуя на кожу, пациент тем самым выражал свое отношение к другим людям. А. Вертманн (1997) также рассматривает нейродермит как попытку отгородиться (увеличивая толщину и плотность телесного покрова за счет высыпаний) от чрезмерно властной и манипулятивной матери. Динамика нейродермита и в одной, и в другой работе связывается с динамикой межличностных отношений. По мере психотерапии обычно происходит укрепление границ «Я», однако дистанция между пациентом и значимыми фигурами в его жизни может увеличиваться и механически. Например, когда пациент Вертманн уезжал из дома, его экзема исчезала.

Б. Психоаналитическая интерпретация расстройств приема пищи[2]. П. Кейсмент (1995) описывает анализ пациентки, страдающей от переедания, как анализ границ ее «Я». Переедание интерпретируется как бессознательная попытка пациентки изолироваться от матери, которая была властной женщиной и постоянно манипулировала своими дочерьми. Мать говорила пациентке, что женщина должна быть достаточно красивой и стройной, иначе ей не выйти замуж. Бессознательно протестуя против этих требований, больная поглощала в больших количествах неудобоваримую пищу, словно «забрасывала всю эту гадость на мать» (образ которой был пациенткой интроецирован). Несмотря на свой бунт против матери, пациентка была не в состоянии открыто выражать ей свои негативные чувства. Кейсмент замечает, что, хотя больная воспринимала поведение своей матери как ограничивающее, подав-

---

[1] *Нейродермит* – нервно-аллергическое заболевание кожи, вызывающее зуд, уплотнение кожи в очагах поражения, узелковые высыпания на ней, отрубевидное шелушение. В современной медицине отмечается значительная роль психологических факторов в развитии и течении этого синдрома. Тем не менее, следует учитывать, что динамика нейродермита может быть обусловлена и многими иными причинами (в число которых входят особенности питания и поведения пациента, применение косметических средств).

[2] Здесь и далее используется принятый в 10-м пересмотре Международной классификации болезней термин. Под расстройствами приема пищи следует понимать нервную анорексию, булимию, психогенные рвоту и переедание.

ляющее, на самом деле она сама испытывала страх перед тем, что мать от нее откажется.

<u>*В. Модель утраты объекта (Г. Энгель и Э. Шмале)*</u>. Эти авторы считают, что для возникновения психосоматического заболевания огромное значение имеет не только качество объектных отношений, но их внезапный обрыв (в результате реальной или воображаемой потери объекта). Это вызывает у человека состояние беспомощности и безнадежности, что и провоцирует возникновение симптомов (Бройтигам и др., 1999). Многие психоаналитики рассматривают раннюю травму как причину психосоматических расстройств. Однако в некоторых случаях и у взрослых расставание с близким человеком может спровоцировать возникновение болезненных симптомов. Г. Аммон (2000) описывает случай пациентки (Мэри), у которой после развода с мужем развилась канцерофобия. При этом реально существующая желчекаменная болезнь совершенно ее не беспокоила. То, что происходило с Мэри, являлось следствием осознания «непрожитой жизни». Имеется в виду неудачный брак, отсутствие детей, работы, собственных интересов. Пациентка «жаждет онкологического заболевания, которое в качестве все подавляющего симптома может окончательно заставить замолчать оставшийся без ответа вопрос об идентичности» (С. 96-97).

2. Теория защитных механизмов

Психосоматическое расстройство можно рассматривать как пример неудавшейся адаптации к стрессовому воздействию (Kinzl et al., 1996). Эта традиция идет от З. Фрейда (1991), заметившего, что невротик – это человек, которому не удалось вытеснение[1]. Интересным для психолога видом в этой категории расстройств является психогенная боль. Данные о том, что хроническая гинекологическая боль у женщин связана с сексуальным насилием в детстве, свидетельствуют о возможности соматизации вытесненных болезненных психологических воспоминаний (Van der Kolk et al., 1996).

А. Митчерлихом выделяются следующие стадии психосоматического процесса:

1. Попытка справиться с проблемой психологическими средствами: открытое противостояние, защитные механизмы, невроз характера.

[1] *Вытеснение* –перевод психического содержания из сознания в бессознательное и удерживание его в бессознательном состоянии (Фрейд, 1990).

2. Соматизация проблемы. Выражается в возникновении функционального расстройства.

3. Начало психосоматического процесса с повреждением тканей внутренних органов (см.: Куттер, 1997; Обухов, 1997).

Куттер (1997) утверждает, что психосоматические проблемы возникают из-за состояния беззащитности и беспомощности человека, лишенного поддержки значимых для него людей: «Как порой и всем людям, пациентам недостает важного участника общения или определенного идеала, которого они лишаются» (с. 196). Поэтому больной, может, например, вернуться на более раннюю стадию развития, когда другие люди были просто обязаны оказывать ему помощь. Этот вид защиты Куттер называет регрессивным. Что касается описанного случая пациентки Кейсмента, то здесь мы наблюдаем прогрессивную защиту, когда человек физически защищается от мира, причем эта борьба разворачивается внутри его тела.

Психоаналитическое учение о регрессе развивали также А. Гарма и М. Шур. Шур полагал, что в детстве психические и соматические процессы неразрывно связаны. Нормальное развитие ребенка предполагает десоматизацию, т. е. отделение душевного компонента активности от телесного. Психосоматическое заболевание, возникающее в результате душевной травмы, с которой индивид не в состоянии справиться рационально, представляет собой регрессию или, точнее, ресоматизацию, т.е. возврат на стадию психосоматического единства (Обухов, 1997; Исаев, 1991; Бассин, 1968).

Х. Томэ и Х. Кэхеле (1997, т. 2) выступают против неограниченного использования понятия «регрессия» для объяснения психосоматической патологии. Они отмечают, что оно представляет собой скорее «описательное обобщение», нежели содержит в себе некий реальный механизм. Сам Фрейд применял термин «регрессия» только к психическим процессам.

Модели Митчерлиха и Шура подразумевают, что психосоматическое заболевание имеет «доэдипово» происхождение. Однако, по мнению Томэ и Кэхеле, психосоматические больные тогда должны страдать от тяжелого расстройства личности, что противоречит клинической практике. Кроме того, отождествление инфантильных психосоматических реакций с патологическими синдромами не является оправданным. Физиология новорожденного отличается от физиологии взрослого. Реакции младенца целостны, он отвечает на стрессовые воздействия и телом, и душой одновременно, в то время как реакции психосоматического больного исключительно телесные. Скорее, психосоматический симптом представляет собой как раз результат отчуждения «Я» от собственного тела, борьбу с ним.

Г. Аммон (2000) указывает на защитный характер психосоматического процесса, который помогает пациентам либо избежать осознания тяжелейших жизненных проблем, либо отгородиться от разрушительного поведения объектных фигур при помощи болезни.

3. Конверсионная модель

Изучая истерические расстройства, Фрейд обнаружил, что они могут быть излечены в том случае, если больной осознает переживание, которое послужило им причиной. Он предположил, что все симптомы в истерии представляют собой искаженные до неузнаваемости «остатки» подавленных влечений и аффектов. Поскольку их содержание неприемлемо для сознания, они вытесняются в бессознательное. Однако энергия влечений неуничтожима, и с силой, не меньшей по величине, чем вытесняющая, они пытаются проникнуть в сознание. Чтобы это стало возможным, чтобы прекратилось давление контролирующих психических инстанций, содержание влечений должно пройти символическую переработку в бессознательном. В результате в сознании появляется «искаженный до неузнаваемости двойник» (Фрейд, 1991. С. 245):

> **Это замещающее вытесненную мысль представление – симптом – избавлено от дальнейших нападений со стороны обороняющегося Я, и вместо кратковременного конфликта наступает бесконечное страдание. В симптоме наряду с признаками искажения есть остаток какого-либо сходства с первоначальной, вытесненной идеею, остаток, позволяющий завершиться такой замене (там же, с. 245).**

Вытесненное влечение может проявиться в открытом поведении, речи (см.: Фрейд З. «Психопатология обыденной жизни») или в виде соматического симптома. В последнем случае можно говорить о символической конверсии на орган.

4. Психосоматическая медицина

Это направление базируется на уже перечисленных психоаналитических концепциях. К числу наиболее известных его представителей можно отнести Ф. Александера, Ф. Данбар, А. Гарма, Ф. Дойча. Эти авторы расширили применение принципа истерической конверсии. Они утверждали, что многие соматические заболевания представляют собой символическое выражение вытесненных конфликтов. В качестве типичных примеров назывались язва желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, нейродермит, ревматоидный артрит, гипертония, ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет. В то время как истерии соответствуют обратимые конверси-

онные нарушения, в случае психосоматических заболеваний мы имеем дело с необратимым, но не менее символичным органическим процессом.

Как указывал Фрейд, для образования конверсионного симптома необходимо наличие конфликтного смысла (который и выражается на языке тела). Однако в таком случае необходимо решить, во-первых, вопрос о выборе симптома, а во-вторых, – вопрос о выборе органа. Если следовать модели, описанной Куттером (1997), то получается, что выбор органа связан с ранним детством (и как бы «закреплен» по аналогии с условным рефлексом). Например, если мать придает большое значение еде, или конфликт между матерью и ребенком проявляется в период грудного вскармливания, то, вероятнее всего, возникнут нарушения в работе желудочно-кишечного тракта.

Некоторые представители этого направления, например, Г. Гроддек, даже утверждали, что подсознание формирует все нормальные и патологические особенности организма. Общим для представителей психосоматической медицины является признание того факта, что основной причиной возникновения соматических симптомов является подавление энергии аффективных влечений. В качестве метода излечения предлагался психоанализ. Например, Гарма утверждал, что ранняя перерезка пуповины приводит к язве желудка. Как видно из этих примеров, то, что представители психосоматической медицины называют «символом», скорее, является аллегорией, рассчитанной на толкователя-психоаналитика и не всегда понятной неискушенному человеку. Подробный обзор достижений психосоматической медицины представлен в работах Ф.В. Бассина (1968), Д.Н. Исаева (1991), Ф. Александера и Ш. Селесника (1995), Г. Аммона (2000).

5. Теория специфичности

Расцвет психосоматической медицины приходится на 30-40 гг. XX в. Из Германии и Австрии, где возникло это направление, интерес к нему переместился в Америку. В 1939 г. Александер открывает в Чикагском институте психоанализа свою лабораторию. Он лечил методом психоанализа пациентов, страдающих расстройствами желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ). Результаты наблюдений за больными были сформулированы Александером первоначально в виде так называемой «векторной теории» (Александер, Селесник, 1995).

Он утверждал, что люди, страдающие патологией желудочно-кишечного тракта, имеют разнонаправленные, конфликтующие между собой «векторы» устремлений: желание исключить, удалить, расходовать энергию, желание сохранить и накопить; желание получить, принять, объединить. Александер назвал их «эмоциональными компонентами работы желудочно-

кишечного тракта». Если возникает конфликт между этими тремя векторами, это будет способствовать расстройству работы ЖКТ.

> **Желудочные функции иногда расстраиваются у людей, которые стыдливо реагируют на свое желание получить помощь или проявление любви со стороны другого человека, желание опереться на кого-либо. В других случаях конфликт выражается в чувстве вины из-за желания отобрать силой что-либо у другого (там же, с. 560).**

В мыслях ребенка желание быть любимым и желание быть накормленным прочно связаны. Именно в процессе кормления он удовлетворяет не только свои витальные потребности, но и потребность в близости с матерью. Если у взрослого желание быть любимым блокировано, он может увеличить количество потребляемой пищи. Это усиливает секрецию желудка и у предрасположенной к этому личности может вызвать язву.

Были описаны психодинамические сочетания и для других заболеваний. Так, у пациентов с язвенным колитом имеется, с одной стороны, подсознательное стремление к зависимости, а с другой – невозможность получить любовь значимого лица. Когда эти люди теряют надежду на достижение любви, возникает отчаяние и соответственно нарушается работа кишечника. При ревматоидном артрите типичным является усиленный контроль за мускулатурой, обеспечивающей выражение чувств. При нейродермите больные стремятся к физическому контакту, но это стремление блокируется сдержанным отношением родителей.

Однако Александер заметил, что далеко не у всех его пациентов развиваются психосоматические симптомы, даже если в ходе интервью у них был выявлен какой-либо из названных конфликтов. Тогда он выдвинул гипотезу о «двойной» обусловленности заболевания: к специфическому конфликту добавляется уязвимость определенного органа (например, в случае язвы – врожденная склонность к повышенной секреции желудочного сока). Таковы главные положения теории психосоматической специфичности (Александер, Селесник, 1995; Бройтигам и др., 1999; Николаева, 1987).

Специфичность психологических факторов, ведущих к заболеванию, заключается в том, что физиологический ответ на эмоциональные стимулы как нормальные, так и патогенные зависит от качества эмоций: специфические эмоциональные конфликты соотносятся со специфическими соматическими симптомами. Кроме того, Александер указал, что стрессовая ситуация, активизирующая специфический эмоциональный конфликт, может спровоцировать начало заболевания.

Итак, согласно теории специфичности, возникновению психосоматического заболевания способствуют три фактора: органический, эмоциональный и ситуативный (стресс).

В 1959 г. Александер и Френч попытались эмпирически проверить эту теорию. С пациентом, страдающим психосоматическим заболеванием, одновременно проводили интервью профессиональные врачи-терапевты, психоаналитики и обычные люди (непрофессионалы). Их задачей была постановка диагноза без использования объективных методов исследования. Наивные интервьюеры угадывали диагноз в 14,4% случаев, терапевты – в 25, а психоаналитики – в 45% случаев. Авторы исследования считают полученные результаты убедительным подтверждением своей теории.

Впоследствии три этиологических фактора, предложенных Александером, были дополнены другими, среди которых можно назвать наследственность, родовые травмы, заболевания раннего возраста, физические травмы, эмоциональный климат в семье, личностные особенности родителей и сиблингов, эмоциональные переживания во взрослой жизни (там же).

Вейнер в 1957 г. проверял гипотезы Александера относительно возникновения язвенной болезни. Результаты его исследования были следующими: через 16 недель у 7 из 9 новобранцев, проходивших обучение в военном лагере и имевших изначально повышенную секрецию желудочного сока и страх выражения агрессии, действительно развилась язва двенадцатиперстной кишки.

Александер впервые отметил, что выполнять символические функции могут только те процессы и функции организма, которые находятся под контролем вегетативной нервной системы (в основном такого рода симптомы относятся к сфере чувствительности). Таким образом, он разграничил понятия истерии (механизм конверсии) и вегетативного невроза. В последнем случае симптом является физиологическим сопровождением хронических эмоциональных состояний.

Нозология заболевания, согласно Александеру, зависит от вида интрапсихического конфликта, которому соответствуют строго определенные эмоциональные переживания и специфические физиологические изменения. С этой точки зрения, все заболевания являются, с одной стороны, - частично психосоматическими, а с другой – возникают под воздействием большого количества причин. С появлением теории Александера психосоматика возвращается к вопросу, поставленному еще в психологии эмоций (например в теории Джеймса − Ланге), т.е. о том, как связаны эмоции и телесные проявления (Николаева, 1987; Александер, Селесник, 1995).

6. Пересмотр психосоматической проблемы внутри психоанализа

Современный психоанализ утверждает, что истерические синдромы представляют собой характерный случай бессознательного общения. Первоначально они были осмысленными действиями, но теперь их существование непонятно больному. Таким образом, эти синдромы более не рассматриваются лишь как выражение сексуальных проблем. Скорее, они являются следствием травматического опыта и связанных с ним негативных эмоций (Томэ, Кэхеле, 1997. Т.2).

Томэ и Кэхеле предостерегают от попыток трактовать любой физический симптом как истерический. Так называемые психосоматические нарушения возникают в результате действия большого количества «промежуточных» процессов. Грубые истерические симптомы, о которых писал Фрейд, теперь встречаются очень редко. Сейчас они «маскируются» под обычные хронические заболевания.

Поэтому психоаналитики все более и более склоняются к той точке зрения, что нужно работать не с самим физическим расстройством, а с образом тела, с представлениями человека о его болезни. Например, образ внешнего объекта может быть буквально «впечатан» в «Я» субъекта. Борьба, в которой воображаемое или реальное повреждение было нанесено оппоненту, изображается (отображается) в его представлениях о теле. Образ тела может конкурировать или совпадать с физиологическими функциями тела, а может совершенно игнорировать их.

Именно образ тела играет решающую роль в процессе психоаналитической терапии. Томэ и Кэхеле отмечают, что симптомы физического заболевания можно перевести в слова, придать им смысл, но этот смысл не обязательно должен являться их причиной.

Эти высказывания фактически означают возврат многих психоаналитиков к одной весьма плодотворной идее Фрейда. Описывая случай Доры (1905), он отмечает, что в ответ на его просьбу рассказать полную историю возникновения болезни, он получает от пациентки совершенно неупорядоченную информацию. Однако самого Фрейда это ничуть не смущает. Он убежден в том, что посредством психотерапии все несоответствия в индивидуальной истории болезни будут устранены, и мы получим стройную и согласованную картину случая. Психоаналитическая разговорная терапия, таким образом, использует законы продуцирования текста (повествования) для устранения хаоса и бессмысленности в жизни больного (Murray, 1999). Задача психоанализа – для бессмысленного симптома и бессвязного действия подобрать смысл, укорененный в прошлом пациента (Тищенко, 1992).

7. Критика психоаналитической концепции тела представителями других направлений

В некоторых публикациях указывается, что при попытке объяснить возникновение психосоматического расстройства принципом конверсии возникает проблема разграничения типичных для заболевания и индивидуально специфичных симптомов. Если мы один раз объяснили истерическую рвоту символическим выражением отвращения, а в случае с другим пациентом не смогли этого сделать, то, соответственно, наша теория недостаточно последовательна. Получается, что в процессе психоанализа терапевт ищет лишь предлог, повод для возникновения телесного нарушения (Зинченко, 1992).

Высказываются возражения и против использования в применении к конверсии термина «символ». Символ должен иметь универсальное содержание, в то время как совершенно очевидно, что так называемый психоаналитический символ – это, скорее, аллегория, рассчитанная на толкователя, на узкий круг посвященных. Пусть даже психосоматический симптом, по мнению многих психоаналитиков, служит цели коммуникации, ее содержание недоступно окружающим больного людям, хотя это послание адресовано именно им (Арина, 1993). Смысл симптома создается в пространстве коммуникации аналитика и пациента, что позволяет считать психоаналитические практики «путешествиями в мир смерти в поисках истины для обретения власти» (Тищенко, 1992. С. 85):

> **«Истинные причины болезни лежат для психоаналитиков …в мире смерти ...смерти как памяти, как истории …Объяснить возникновение симптома, его истинный смысл, означает открыть историю его возникновения и через это открытие получить власть над телесными проявлениями и, следовательно, возможность врачевать» (там же, с. 87).**

Отмечается также, что в психоанализе игнорируется полезная роль бессознательных процессов, они предстают как источник конфликтов и неких негативных иррациональных сил (Бассин, 1968).

Большие сомнения вызывают попытки психоаналитиков рассматривать тело как своеобразное «хранилище» бессознательного и тем более помещать бессознательное в вегетативную нервную систему, как это делают наиболее рьяные сторонники идей Фрейда. Вряд ли телесные процессы являются аналогами бессознательных процессов, по крайней мере, у Фрейда нет серьезного обоснования такой точки зрения. Все изящество психосоматических концепций в сфере психоанализа опирается, как нам кажется, именно на это спорное допущение: «Вытеснение в бессознательное = вытеснению на уровень физиологических процессов. Бессознательное = физиологическому».

Наконец, против использования весьма неопределенного понятия «психической энергии» возражают и сами психоаналитики (см., напр., Томэ, Кэхеле, 1997. Т. 1. С. 61).

Резюме

Важнейшим вкладом психоанализа в психосоматические исследования являются положения о роли тела в формировании «Я», о влиянии образа тела на поведение и самочувствие человека, о значении особенностей ранних контактов ребенка и матери для возникновения психосоматического заболевания. Однако многие методологические проблемы остаются в этом направлении до сих пор нерешенными, прежде всего, проблема физиологических коррелятов бессознательных конфликтов (можно ли приравнивать бессознательное к психологическому) и соответственно механизма психосоматического взаимодействия. Хотя введенное в современный психиатрический обиход понятие соматизированного расстройства основывается на концепции истерической конверсии, в последнее время магистральное направление исследований в психосоматике все более связывается с когнитивной психологией и психофизиологией.

Рекомендуемая литература

Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней. М., 1995. С. 552-571.

Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб., 2000.

Вертманн А. Регрессивный кризис в случае нейродермита и нарушений трудоспособности. // Московский психотерапевтический журнал. 1997. №1.

Кейсмент П. Обучаясь у пациента. Воронеж, 1995. С.217-243.

Куттер П. Современный психоанализ. М., 1997.

ГЛАВА 4
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ В ПСИХОСОМАТИКЕ

Сильная эмоциогенная ситуация является, если можно так выразиться, агрессией против организма.

П. Фресс, Ж. Пиаже.

Как мы отмечали в предыдущей главе, начиная с экспериментов, проведенных Ф. Александером и его последователями, психосоматика вернулась к физиологическим теориям, связывающим эмоции и телесные изменения. Однако помимо психосоматической медицины, этой проблемой занимались и другие научные направления. Так, И.П. Павлов в своих экспериментах продемонстрировал влияние экзогенных психических факторов на функционирование внутренних органов. Особенно сильное отрицательное воздействие оказывают, согласно его мнению, стимулы, провоцирующие разнонаправленные поведенческие реакции (например, приближение и бегство). Кроме того, Павлов открыл феномен «психической секреции», который заключался в том, что можно было вызвать в ответ на некий условный (небиологический) стимул врожденную физиологическую реакцию (выделение слюны у собаки в ответ на звонок). Варьируя характер воздействий, можно было строить гипотезы о том, как организм животного реагирует на изменения, происходящие во внешнем мире. По мнению Павлова, условно-рефлекторная деятельность исчерпывает весь спектр поведения животного, хотя в настоящее время не все этологи согласились бы с ним. Тем не менее Павлов всегда подчеркивал, что человеческие неврозы не могут быть воспроизведены на собаках, поскольку физиология условного рефлекса включает в сферу анализа только низшие формы поведения (Захаржевский, 1993).

1. Теория кортико-висцеральной патологии

Для развития психосоматики важным было положение Павлова о том, что процессы, происходящие в вегетативной нервной системе, управляются корой больших полушарий мозга. На основе его идей сформировалась теория кортико-висцеральной патологии. Ее создатели – Быков, Курцин, Черниговский – переместили в своих исследованиях фокус внимания с изучения связи между стимулами и поведением на изучение взаимоотношений между корой и внутренними органами, отсюда и название: «кортико-висцеральная». В своих исследованиях они пытались доказать, что кора оказывает регулирующее воздействие на работу внутренних органов, помогая им осуществлять приспособление к меняющимся условиям среды.

Школа Быкова, действительно, представила убедительные доказательства того, что состояние коры отражается на состоянии внутренних органов. Соответственно, делался вывод о том, что ее ослабление или неадекватная работа должны приводить к физиологической дисфункции. Для того, чтобы объяснить влияние травматических (конфликтных) внешних обстоятельств на человека, их связывали с процессами возбуждения и торможения в коре. Следует отметить, что все эксперименты в рамках данной теории проводились на животных, а потом их результаты переносились на человека. Еще одним расхождением с учением Павлова было мнение Быкова и его сотрудников о том, что конфликтные воздействия приводят не к неврозу, а к органическому заболеванию внутренних органов (Захаржевский, 1993; Бройтигам и др., 1999).

На основе проведенных экспериментов в теории кортико-висцеральной патологии делаются три основных вывода:

1. Работа внутренних органов управляется корой головного мозга.
2. Нарушение их функционирования под воздействием внешних раздражителей доказывает психогенез соматического заболевания.
3. Невроз является начальной и наиболее распространенной формой возникновения психосоматических заболеваний (Захаржевский, 1993).

Эти положения неоднократно подвергались критике.

Клиницисты отмечают, что среди невротиков соматические заболевания встречаются не чаще, чем во всей популяции (Мясищев, 1960; Губачев, Стабровский, 1981).

Кроме того, авторам теории не удалось доказать того, что функциональные нарушения приводят к органическому повреждению тканей внутренних органов. Как выяснил Курцин, дефект тканей в эксперименте возникал лишь в том случае, когда к «психологической» вредности добавлялась биологическая (например, если происходило постоянное орошение желудка желудочным соком) (Захаржевский, 1993).

Вызывает возражения и утверждение о том, что кора именно регулирует (управляет) работу внутренних органов, т.е. контролирует их. Во-первых, помимо нервной, существует и гомеостатическая регуляция процессов в организме. Во-вторых, кора мозга в повседневной жизни (вне экстремальных ситуаций) не вмешивается в работу внутренних органов. Кортикальный контроль распространяется только на те вегетативные функции, которые обеспечивают сложные формы поведения: речь, произвольные движения. Например, к числу таких функций относится дыхание (Бреслав, 1975).

Из-за того, что эксперименты проводились исключительно на животных и в лабораторных условиях, трудно говорить о том, что такие «травми-

рующие» стимулы, как легкие удары электрическим током или выработка у животного конфликтных форм поведения могут быть аналогичны тем, которые люди обычно расценивают как негативные (например, конфликт в межличностных отношениях, унижение, страх быть неправильно понятым).

Наконец, теория кортико-висцеральной патологии сводит отношения между психикой и телом к более узким отношениям между корой и подкорковыми структурами (Тищенко, 1993). Однако это характерно не только для данной концепции. Публикации, в которых указывается на какой-либо участок в головном мозге, «отвечающий» за психосоматические связи (гипоталамус, лимбическую систему), появляются постоянно (см.: Рейковский, 1989).

Критика физиологически ориентированных концепций основывается положениях о множественном характере связей между мозгом и телом; о том, что любая психическая функция осуществляется благодаря активации большого количества разнообразных мозговых зон. Нам представляется, что лимбическая система и гипоталамус, как явствует из данных тех же исследований, связаны, скорее, с регуляцией эмоциональных состояний и инстинктов (т.е. с вегетативной нервной системой). Для того, чтобы выявить «психосоматические» функции данных структур, необходимо проверить на практике положение о том, что эмоции действительно могут повлиять на возникновение телесных заболеваний. Как мы покажем в главе 6, этот вопрос еще не решен окончательно.

2. Теория стресса в психосоматике

Согласно этой теории психосоматическое заболевание является реакцией организма на «психологические перегрузки» и представляет собой одно из проявлений неспецифического адаптационного синдрома (Селье, 1960). Позже Лазарус (1970) в своей теории стресса подчеркивал, что психосоматическое заболевание возникает в результате взаимодействия личности и окружения. Выраженность расстройства определяется структурой личности (ценностями, мотивами, способностями).

Необходимо понять, что не только неблагоприятные события могут вызвать реакцию стресса. Как говорил Селье, не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, в которой оказывается человек. Важна интенсивность предъявляемых к нему требований и их новизна.

В реакции стресса можно выделить несколько стадий, первая из них – оценочная. Лазарус считал процесс оценки очень важным, так как от его ре-

зультатов будет зависеть, возникнет ли реакция стресса и какова будет ее специфика.

Если стимул воспринимается как угрожающий или превышающий возможности человека, начинается процесс мобилизации.

У. Кэннон в своих работах показал, что функцию мобилизации выполняет симпатическая нервная система. Ее активация вызывает:

1) увеличение частоты сердечных сокращений.
2) сужение кровеносных сосудов в брюшной полости.
3) расширение сосудов конечностей.
4) расширение коронарных сосудов.
5) повышение артериального давления.
6) снижение тонуса мышц желудочно-кишечного тракта.
7) торможение процессов пищеварения и выделения, прекращению секреции.
8) расширение зрачков.
9) усиление потоотделения.
10) увеличение секреторной функции коры надпочечников, что приводит к увеличению содержания адреналина в крови (Рейковский, 1979; Bernard & Crupat, 1994).

Следующую стадию в развитии стресса Г. Селье назвал стадией истощения. Она связана с активизацией парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и необходима для восстановления сил организма.

Современные представления о стрессе связывают его не только с работой вегетативной нервной системы, но и иммунной, а также системы пептидной коммуникации (Pert, 1986).

Активность симпатической нервной системы в большей степени связана с такими внезапно возникающими, сильными эмоциями, как гнев или страх. Она сопровождается выбросом в кровь катехоламинов (эпинефрина и норэпинефрина), усилением защитных функций иммунной системы (Contrada et al., 1990). Чрезмерное симпатическое возбуждение в ответ на угрозу считают одним из факторов, способствующих возникновению сердечно-сосудистых заболеваний, язвы желудка. Эти недуги связывают с повышенной «вовлеченностью» личности в какую-либо активность (Harris, 1997).

Парасимпатическая нервная система обеспечивает сохранение и накопление ресурсов. В результате ее активности в кровяное русло выбрасываются кортикостероиды (например, кортизол). Это приводит к угнетению витальных функций организма, но вместе с тем к ослаблению воспалительных процессов за счет снижения активности киллерных клеток иммунной системы (Contrada et al., 1990). Парасимапатические реакции связывают с возник-

новением рака, рассеянного склероза, депрессии (так называемых «болезней невовлеченности») (Harris, 1997).

Считается, что парасимпатическая нервная система в наибольшей степени активизируется в ситуациях хронического стресса, когда индивид оценивает угрозу как неконтролируемую.

Следует отметить, что реакцию стресса связывают не только с выделением катехоламинов и кортикостероидов, но и многих других гормонов: сексуальных, гормона роста, инсулина.

Перт утверждает, что различные виды стресса способствуют выделению не только гормонов, но и других видов пептидов (продуктов обмена белков) (Pert, 1986). Например, стресс, связанный с болью, способствует выбросу эндогенных опиоидов в головном мозге и на периферии нервной системы (Contrada et al., 1990).

Иммунная система также участвует в реакции стресса, активизируясь в фазе мобилизации для усиления защитных сил организма. Она чувствительна к веществам, продуцируемым органами вегетативной нервной системы и системы пептидной коммуникации и сама может вырабатывать подобные субстанции (Ibid). Более подробно ее роль в развитии заболеваний мы рассмотрим в главе 6.

Селье полагал, что в ответ на действие любого стрессора можно наблюдать сходный физиологический ответ (отсюда слово в названии – неспецифический). Однако впоследствии было доказано, что специфические стрессоры вызывают специфические эмоции, а, значит, разные физиологические ответы (Steptoe, 1997). Например, гнев способствует увеличению выброса норэпинефрина, а страх – эпинефрина (Рейковский, 1979). Предложенное Селье выделение различных стадий в реакции стресса было все же очень важным, ибо позволило дифференцировать острые и хронические стрессоры, которые активизируют, как мы уже отмечали, различные отделы вегетативной нервной системы (т.е. специфический стрессор активизирует в наибольшей степени тот или иной отдел вегетативной нервной системы). Вольф (1946) пытался решить проблему специфичности с позиций психофизиологии. По его мнению, специфичной в психосоматическом заболевании является реакция на стресс конкретного организма. Выраженность этой реакции может определяться в том числе и наследственными факторами (Былкина, 1997; Бройтигам и др., 1999).

Теория физиологической прочности (theory of physiological toughening, Dienstbier, 1989) утверждает, что реакция на стрессор будет зависеть от того, как он оценивается индивидом. Если стрессор рассматривается как вызов (испытание человека на прочность), то это может улучшать показатели со-

противляемости организма вследствие периодического увеличения симпатического возбуждения, которое переживается как приятное. Если же стрессор оценивается как угроза, то это вызывает негативные эмоции, может отрицательно повлиять на здоровье.

Франкенхаузер (Frankenhaeuser, 1986) предложила различать в реакции стресса компонент усилия, которое можно охарактеризовать как возбуждение, старание, интерес, и компонент дистресса. Соответственно, она выделила три типа физиологических реакций:

1. Усилие, сочетающееся с дистрессом. Оно ведет к увеличению секреции катехоламина и кортизола. Обычно такого рода реакция возникает в ответ на какие-либо ежедневные мелкие проблемы и связана с переживанием негативных эмоций.

2. Усилие без дистресса сопровождается увеличением выброса катехоламина и подавлением секреции кортизола; состояние может переживаться как положительная эмоция, возбуждение, азарт (стрессор воспринимается как вызов).

3. Дистресс без усилия может быть аналогичен состоянию выученной беспомощности (Селигман); сопровождается увеличением секреции кортизола. Такой физиологический паттерн реакции характерен для депрессии.

Полезные эффекты стресса обусловлены тем, что он вызывает возбуждение, необходимое для решения трудной задачи. Однако если возбуждение слишком сильное и продолжительное, способность человека к адаптации резко снижается (Bernard & Crupat, 1994).

Итак, чтобы описать влияние стресса на здоровье, необходимо изучить различные виды стрессоров. Как следует из упомянутых работ, специфика реакции стресса может определяться степенью контролируемости стрессового события, его желательностью для индивида, периодичностью его возникновения и длительностью воздействия. Важным является и само содержание стрессора.

Холмс и Рейх в 1967 г. опубликовали разработанную ими шкалу социального приспособления (Social Readjustment Rating Scale, Holmes & Rahe, 1967). Они проранжировали 43 стрессовых события, присвоив им баллы от 11 до 100 в зависимости от того, насколько трудно к ним адаптироваться. Авторы шкалы полагают, что главным фактором, способствующим возникновению стресса, является не эмоциональный знак события, а то, как сильно оно изменяет привычный уклад жизни. Проспективное исследование позволило обнаружить значимую корреляцию (=0,3) между наличием такого рода перемен и последующим заболеванием или несчастным случаем. Однако, судя по величине корреляции, эта связь не слишком сильная. Одним из недостатков

данной шкалы является невозможность учитывать при оценке события его субъективный смысл. Кроме того, она охватывает лишь значительные события.

Р. Лазарус (Lazarus, 1984) предложил учитывать влияние не только значительных стрессоров, но и относительно мелких проблем и успехов. В исследованиях показано, что обыденные затруднения положительно коррелируют с плохим социальным приспособлением, а также со сниженным уровнем физического здоровья, причем этот коэффициент корреляции несколько выше, чем корреляция между значительными стрессовыми ситуациями и здоровьем. Интересно, что ежедневные затруднения оказываются связанными с уровнем физического здоровья даже в том случае, когда проконтролировано воздействие значительных жизненных перемен (Harris, 1997).

Что касается заболеваний, которые многие исследователи связывают со стрессом, то в их числе называют: ревматоидный артрит, астму, рак, ишемическую болезнь сердца, диабет, гемофилию, язву, гипертонию, инсульт, нарушение репродуктивных функций.

Д. Хелхаммер исследовал 218 мужчин, страдающих бесплодием. Испытуемые, которые описывали себя как активных, ориентированных на деятельность и уверенных в себе, имели значительно более низкие (с репродуктивной точки зрения) показатели спермы и уровень тестостерона. Напротив, мужчины, описывавшие себя как депрессивных, имели в этом смысле поистине выдающиеся показатели. Автор делает вывод, что активный способ справляться со стрессом создает условия, которые способствуют стерильности вследствие сужения кровеносных сосудов тестикул. Это нарушает стимуляцию их клеток гипофизом и приводит к прекращению продукции тестостерона, а, следовательно, и к дегенерации сперматозоидов. После обучения пятнадцати испытуемых адаптивным реакциям на стресс, у шести из них партнерши забеременели, а у остальных существенно улучшились показатели спермы (Hellhammer, 1992).

Стресс может влиять на состояние здоровья непосредственно (так как он существенно изменяет работу всех систем организма, например, на стадии мобилизации повышается артериальное давление), а также через изменения в поведении (например, импульсивные действия, злоупотребление алкоголем).

Однако этого влияния недостаточно, чтобы объяснить возникновение болезни. Необходимо, чтобы индивид был более, чем другие люди, уязвим к предъявляемым стрессорам. На основе анализа многочисленных исследований Харрис выделяет четыре причины, психологического характера, повышающие уязвимость:

1) недостаток теплых, поддерживающих межличностных отношений;
2) потеря матери в раннем возрасте;
3) необходимость ухода за тремя и более детьми (для матери);

4) отсутствие работы (Harris, 1997).

Несмотря на то, что теория стресса обогатила представления о психосоматических заболеваниях, она имеет и ряд ограничений, прежде всего, вследствие своей естественнонаучной ориентации. Она ничего не может сказать нам о том, почему какой-либо стрессор оценивается одним человеком как контролируемый, а другим – нет, почему некоторые люди реагируют на хронический стресс тревожными и невротическими расстройствами, у других возникает реактивный психоз, а у третьих развивается психосоматическое заболевание[1].

Кроме того, некоторые авторы возражают против неоправданного расширения границ самого понятия «стресс». Например, можно ли его использовать для описания обыденных затруднений?

Сама по себе теория стресса неспособна разрешить психосоматическую проблему, поскольку она затрагивает лишь ее физиологический аспект. Стресс в ней выступает как промежуточный пункт между психической и телесной реальностями, которые здесь разделены пропастью. Суждения человека о мире, его детские переживания волшебным образом «превращаются» в изменения внутренней среды организма и впоследствии – в болезни.

> **«Подобного рода понятия обеспечивают возможность в удобный для теоретика момент спроецировать события из мира психических событий и обратно. Например, зарождение …клинического феномена описывается на языке внутрипсихического конфликта, повествование доводится до опосредующего понятия – «эмоционального стресса», а затем продолжающееся описание осуществляется уже на языке физиологических отношений. Единство рассказа обеспечивается единством ситуационного временного ряда» (Тищенко, 1993. С. 34).**

Резюме

Наиболее популярной в психосоматике физиологической теорией является теория стресса. Важная роль этого фактора подтверждается результатами многочисленных исследований. Стресс влияет на поведение человека, изменяет параметры работы иммунной и сердечно-сосудистой системы. Тем самым он может способствовать возникновению как органических, так и соматоформных расстройств. В то же время, у психологов нет единого мнения в отношении того, что следует понимать под стрессором.

---

[1] У читателя может создаться впечатление, что Александер и Вольф ответили на вопрос об уязвимости, предположив наличие врожденной или приобретенной ослабленности организма. Однако врачи, пытаясь объяснить, от чего зависит проявление наследственности, используют в качестве причины психологический фактор (например, стресс, воспитание и пр.). Таким образом, ни биологические, ни психосоматические теории не способны решить данную проблему.

В результате данное понятие используется для обозначения любых жизненных затруднений, то есть, на наш взгляд, к потере физиологического смысла, который вкладывал в понятие стресса Г. Селье, и к чрезмерно расширенному применению этой концепции.

Рекомендуемая литература

Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. М., 1979.

Bernard L.C., Crupat E. Health Psychology: Biopsychosocial Factors in Health and Illness. Harcourt Brace College Publishers, 1994. P. 233-277.

Steptoe A. Stress and disease // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997. P. 174-177.

ГЛАВА 5
ТЕЛО КАК ОБЪЕКТ СУБЪЕКТИВНОГО ПОЗНАНИЯ: КОГНИТИВНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Рационально-эмотивная философия утверждает, что лучшим способом получения знаний о себе, других и о мире является научный метод. ...В рационально-эмотивной терапии мы помогаем нашим пациентам стать хорошими учеными, чтобы они могли собирать правильную информацию, логически использовать имеющиеся данные и могли формировать здоровые полезные суждения. ...С этих позиций пациенты будут создавать более реалистичную картину ...себя и мира, в котором они живут.

Б. Уоллес и др.

Во второй половине XX в. бурное развитие когнитивной психологии способствовало проникновению ее идей в смежные дисциплины, в том числе в психосоматику и психотерапию. Как показала клиническая практика, когнитивные методы помогают эффективно бороться с тревогой, депрессией, хронической болью. Эта глава посвящена анализу техник когнитивной психотерапии, используемых в работе с пациентами, страдающими психосоматическими расстройствами.

1. Общая характеристика когнитивного подхода в психосоматике

Несмотря на сходство подходов, когнитивную психотерапию не следует отождествлять с когнитивной психологией (рассматривать как прикладное направление когнитивного подхода). Когнитивное направление в психотерапии фокусирует свое внимание не только на относительно элементарных актах познания, но и на сложном содержании мышления: убеждениях, ценностях, идеалах, в формирование которых эмоциональные и мотивационные процессы вносят не меньший вклад, чем познавательные (Холмогорова А.Б., 1996). Когнитивная психотерапия является относительно краткосрочной и высоко технологичной. Она основывается на убеждении в том, что нарушения эмоций и поведения обусловлены ошибочными способами переработки информации. Схематически взаимосвязь эмоциональных, поведенческих и когнитивных переменных может быть представлена следующей схемой:

изменение ситуации → когнитивная оценка → эмоция/поведение

Таким образом, целью психотерапевтического воздействия является изменение содержания и особенностей протекания когнитивных процессов (Гаранян, 1996).

Когнитивный подход в лечении психосоматических расстройств опирается на данные эмпирических исследований. Многие авторы подчеркивают значительное влияние интерпретации телесных событий, т. е. изменений самочувствия, новых ощущений на эмоциональное состояние и поведение человека. Помимо особенностей мышления психосоматических пациентов, значительный интерес представляет и то, какие именно интроцептивные стимулы и почему привлекают их внимание. Утверждается, что осознанию способствуют такие их характеристики, как сила, новизна, постоянство, болезненность и влияние на общую активность.

В 1980 г. Джеймс Пенбэйкер (J. Pennebaker) опубликовал результаты исследования факторов, которые могут провоцировать кашель. Кашель является реакцией на ощущение зуда или щекотки в горле. Пенбэйкер предположил, что при отвлечении внимания от подобных ощущений люди кашляют меньше. Испытуемым показывали короткометражный фильм, после чего вычислялся коэффициент корреляции между уровнем интереса к нему и количеством покашливаний во время сеанса. Этот коэффициент равнялся –0,57, т. е. отвлечение внимания на какой-либо другой стимул приводит к изменению физиологических реакций. Полученные результаты согласуются с данными о том, что одинокие, страдающие от неинтересной работы или безработные люди имеют большую склонность жаловаться на болезненные симптомы. Переживание боли усиливается, когда внимание индивида приковано к поврежденному органу (Bernard & Crupat, 1994).

Д. Чиоффи (Cioffi, 1991) разработал модель интерпретации телесных ощущений. Он полагает, что помимо характеристик интроцептивного стимула, на его распознавание и восприятие влияют эмоциональное и физическое состояние индивида, его прошлый опыт, ценности, личностные особенности, закрепленные в культуре представления. Следовательно, многие раздражители не достигают порога осознания. Далее, возникшее ощущение дискомфорта или боли не обязательно будет рассматриваться как признак начала болезненного процесса. Человек может решить, что оно является следствием усталости или стресса. Наконец, если ощущение интерпретируется как симптом, т. е. признак болезни, поведение и эмоциональное состояние людей будет зависеть от степени ее опасности, длительности, возможного лечения. Неадекватные выводы могут быть сделаны на любой стади процесса обработки информации, вызывая тем самым усиление негативных ощущений и неадаптивное поведение.

2. Когнитивная психотерапия соматоформных расстройств

Целью данного подхода является модификация процессов переработки информации, поступающей от внутренних органов. Вопрос о первопричине возникновения дискомфортных ощущений в отличие от факторов, поддерживающих болезненный процесс, теоретики когнитивного подхода полно-

стью разрешить не в состоянии. В качестве этиологических факторов, инициирующих болезненный процесс, называются перенесенные в прошлом органические заболевания и травмы, стресс, подавление эмоций, временный дискомфорт, связанный с физиологическими циклами, неправильное поведение самого больного (несбалансированная диета, неудобная поза при работе, переутомление, патологические привычки).

Рассматривая этапы психотерапии соматоформных расстройств, Д. Сандерс (Sanders, 1996) отмечает, что важнейшим условием успешного лечения является осознание клиентом взаимосвязи между ростом эмоционального напряжения и усиления симптомов, а также обучение его навыкам замечать и вовремя и адекватно реагировать на условия, способствующие возникновению симптомов. Она считает бессмысленной и даже вредной дискуссию с клиентом по поводу этиологии проблемы, особенно на первом этапе терапии. Во-первых, больные, страдающие соматоформными расстройствами, связывают возникновение симптомов с органическими факторами и склонны рассматривать направление к психологу или психиатру как проявление недоверия и недостаточного уважения со стороны врачей, как попытку попросту отделаться от них. Во-вторых, пациент должен представлять себе полный спектр возможных каузальных факторов и рассматривать каждый из них последовательно и логично, с привлечением эмпирических доказательств. Именно в такой стратегии, а не в навязывании больному концепции, которую сам психолог считает правильной, заключается смысл когнитивной терапии. Сократический диалог как одна из основных ее тактик не подразумевает принуждения и неуважения к чужому мнению. Кроме того, нельзя относиться с пренебрежением к возможности того, что у больного есть и некоторые органические повреждения, которые тоже вносят свой вклад в формирование симптома.

Сандерс считает, что терапевт совместно с клиентом должен определить реалистичные, т. е., достижимые цели работы. Как и поведенческая терапия (см. главу 10), когнитивный подход настаивает на том, что все внимание должно быть обращено не на симптомы сами по себе, а на поведение и эмоции. Психосоматические симптомы часто не исчезают в ходе психотерапии, однако они перестают быть проблемой для больного, так как он изменяет свое отношение к ним.

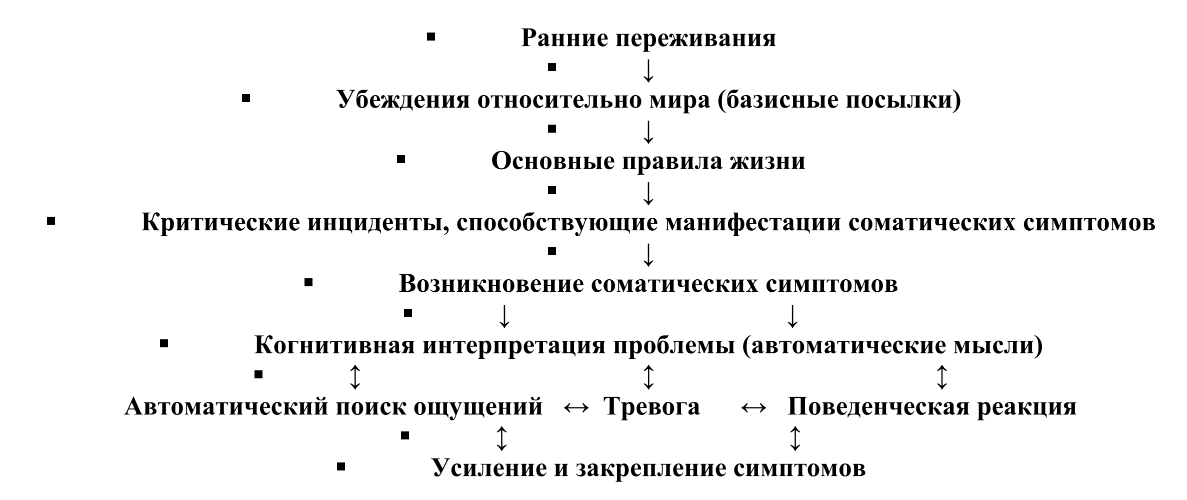
Основными задачами *первого этапа* терапии являются достижение рабочего альянса, выработка общего с клиентом понимания факторов, запускающих и поддерживающих приступы, изучение стратегий, которые использует пациент для устранения симптомов, а также его представлений о своей

проблеме, и наконец – уменьшение уровня тревоги пациента по поводу его здоровья.

На втором этапе проводится работа с автоматическими мыслями, связанными с анализом текущей информации. Для этой цели используются такие стандартные техники когнитивной терапии, как выработка альтернативных объяснений, эмпирическая проверка и т.п. Типичными автоматическими мыслями пациентов в ситуации приступа являются следующие: «Со мной что-то не в порядке, я болен», «Это очень серьезно», «Я не могу это контролировать, и это ужасно», «Никто не должен заметить моей слабости», «Я могу умереть», «Это происходит только со мной». Терапевт должен также направлять свои усилия на устранение либо модификацию неадекватных копинг-стратегий.

На третьем этапе анализируются базисные посылки (схемы). Характерными элементами базисной схемы являются убеждения относительно контроля, силы, успеха и своего здоровья, например, такие: «Неумение справляться с проблемами – это недопустимая слабость», «Я должен быть сильным», «Я полностью контролирую свою жизнь», «Я хрупкий и уязвимый», «Мир опасен», «Другие всегда будут заботиться обо мне». Эти базисные посылки формируются в раннем детстве под влиянием семейного окружения, психологических травм, наблюдений за болезнями близких родственников. На основе базисных посылок формируются правила, по которым живет человек, которые влияют и на процессы переработки информации. Обычно они сформулированы в условной форме: «Если я всегда буду бдительным в отношении моего здоровья, это обеспечит мою безопасность».

Схематически модель соматоформного расстройства, разработанную в рамках когнитивного подхода, можно представить следующим образом:



Проанализируем, каким образом когнитивная терапия может быть применена в случае соматоформной вегетативной дисфункции – синдрома

атипичной боли в груди. Боль, сжатие и другие неприятные ощущения в области сердца воспринимаются большинством людей как угрожающие их жизни, причем для этого имеются веские основания. Ишемическая болезнь сердца является самым распространенным хроническим заболеванием и самой частой причиной смерти. Трудно найти человека, у которого не было бы знакомых или родственников, страдающих от нее. Боль в сердце может быть не только проявлением приступа стенокардии, но и свидетельствовать об инфаркте миокарда. Не удивительно, что, столкнувшись с подобной проблемой, многие люди стремятся как можно скорее обратиться к врачу. Однако около половины пациентов, впервые попадающих в кардиологические отделения, не имеют органической патологии сердца (Sanders, 1996).

В когнитивной модели утверждается, что синдром атипичной боли в груди вызывается и поддерживается за счет неточной интерпретации интроцептивных ощущений. Возникновение неприятных ощущений в области сердца вызывает тревогу, что вызывает возбуждение симпатического отдела вегетативной нервной системы. Учащается сердцебиение и дыхание, повышается артериальное давление, возникает напряжение в мышцах. За счет усиленного дыхания происходит гипервентиляция легких, что способствует дополнительному симпатическому возбуждению. В результате дискомфорт в области груди усиливается, что вызывает новую тревогу и способствует формированию порочного круга. Обращение к врачу и обсуждение больным проблемы с родственниками и знакомыми, как ни странно, не устраняет тревоги, а, наоборот, усиливает ее. Во-первых, отрицательный результат обследования кажется неубедительным, пациент считает, что врач недобросовестно отнесся к этой процедуре. Во-вторых, подобный образ действий лишь фиксирует его внимание на телесных ощущениях и приводит к их автоматическому поиску.

3. Анализ интроцептивных ощущений в работах А.Ш. Тхостова

А.Ш. Тхостов (1991; 1993; 2002) утверждает, что процесс познания человеком своего физического состояния заключается не только в анализе интроцептивных сигналов, но и в соотнесении полученных результатов с укорененными в данной культуре мифами здоровья и болезни. Эти мифы сосуществуют с научными представлениями и даже имитируют их (например, миф об инфекциях, миф о повышении иммунитета). Функция мифа заключается в уменьшении чувства тревоги и обеспечении человека сведениями о способах сохранения здоровья. Миф не может быть вытеснен научными взглядами, поскольку он является продуктом не архаического, но обыденного

мышления. Это форма жизненного эмоционального отношения к окружающему, в мифе всегда содержатся некая истина и руководство к действию.

Процесс интерпретации телесных ощущений Тхостов описывает следующим образом:

> **«Становясь явлением сознания, элементарное ощущение включает в себя скрытую категориальную сеть, лишь в ячейках которой оно и приобретает свое субъективное существование. При этом, естественно, оно принимает и все несовершенства устройства этой сети, налагающей на восприятие принципиальные ограничения и служащей источником специфических ошибок ...Включаясь во вторичную семиотическую систему мифа, ощущения могут как изменять свое качество, так и порождаться сверху самим мифом, нуждающимся в чувственном подкреплении и ориентирующим на поиск подходящих сенсаций ...Многие болезни, никак на проявлявшие себя, после установления диагноза начинают обрастать чувственной тканью. Так, при случайном выявлении опухолевых образований у больных появляются определенным образом локализованные болезненные ощущения» (Тхостов, 2002. С. 101, 108-109).**

Тхостов отмечает, что телесные ощущения разворачиваются в двух направлениях – внутрь и вовне. Во-первых, они локализуются определенным образом и приобретают эмоционально-чувственные характеристики. Помимо этого, появляющиеся ощущения служат для обозначения болезни. Следует сразу отметить, что понятие болезни не сводится исключительно к дискомфортным интероцептивным ощущениям, но включает в себя много других признаков. Тем не менее для «наивного» человека именно интероцепция поставляет основной материал для подобных умозаключений. Становясь признаками, ощущения теряют свою непосредственность и обедняются, причем «потери в непосредственности частично компенсируются включением телесности через концепт болезни в накопленный общественный опыт» (там же, с. 107).

Эмпирическая проверка была проведена на выборке больных с ипохондрическим синдромом в рамках шизофрении и соматоформного расстройства, а также больных с инфарктом миокарда и раком желудка; для сравнения исследовалась группа здоровых испытуемых. Применялась модифицированная психосемантическая методика «Классификация ощущений». Испытуемые должны были отобрать из предложенного списка слова, которые могут использоваться для обозначения телесных ощущений. Затем – оставить лишь слова, характеризующие субъективно знакомые ощущения (их нужно было разделить на группы качественно сходных), выбрать из них болезненные, опасные, важные, а из болезненных – часто испытываемые. Тхостову удалось показать различия в объеме и содержании словаря болезненных ощущений у больных различных групп.

В другом эксперименте была показана зависимость сенсорной чувствительности больных с хроническим болевым синдромом от внешнего опосре-

дования. Выявлено снижение порогов болевой чувствительности у таких испытуемых. Этот результат можно объяснить тем, что «как болевое расценивается ощущение такой интенсивности, которая не вызывает изменений в сенсорной системе» (Тхостов, 2002. С. 257). Типичными ошибками восприятия, характерными для пациентов с хронической болью, были ложное опознание сигнала и ложное болевое восприятие. Введение плацебо (испытуемым предлагали принять капсулу с лекарством, якобы повышающим чувствительность нервных окончаний) увеличивает количество этих ошибок. Однако эксперименты показали также наличие сенсорных ошибок у *всех* испытуемых, независимо от наличия патологических синдромов.

4. Когнитивные техники работы с алекситимией

А.Б.Холмогорова и Н.Г.Гаранян (1996) обосновывают эффективность когнитивной терапии соматоформных расстройств с иных позиций. Они полагают, в случае подобных синдромов «имеют место своеобразные эмоциональные нарушения, которые хорошо описываются концепцией алекситимии» (с. 145). Помимо озабоченности своим физическим состоянием, больные не склонны к рефлексии, у них отсутствует контакт «со своим внутренним миром». Когнитивный подход позволяет ориентировать человека на поиск возможных психологических причин его страдания и выработку навыков управления эмоциональным состоянием. Авторы предлагают построить психотерапевтический процесс с опорой не только на когнитивные, но и на психодинамические техники. Последние, по их мнению, весьма эффективны в работе с внутриличностными конфликтами и нарушением межличностных отношений. На первом этапе происходит изучение/«презентация» (больному) когнитивной модели болезни и помощи, на втором – тренинг осознания и выражения чувств, на третьем – идентификация и проработка сопротивления как защиты от болезненных переживаний, на четвертом – психоаналитическая «проработка прошлого опыта» (с. 159).

Резюме

Когнитивный подход является достаточно эффективным и краткосрочным методом психотерапии соматоформных расстройств. Он основывается на двух положениях:

1. Тревога пациента по поводу своих симптомов вызвана неправильной интерпретацией интроцептивных стимулов.

2. Неспособность распознавать негативные эмоции приводит к тому, что больной обращает внимание лишь на их физиологические проявления.

Эмпирические данные действительно позволяют, по крайней мере частично, подтвердить эту концепцию. Заметим, однако, что когнитивная психотерапия, провозгласившая целью помочь пациентам «стать хорошими учеными» (см. эпиграф в начале главы), превозносящая ценность «научного» подхода к анализу психологических проблем, рассматривает человеческое тело в основном как объект познания, утверждая при этом, что индивид может научиться более точно (это значит – в соответствии с медицинскими положениями) отражать интроцептивные процессы. Вопрос о том, кто, где находясь, и, главное, для чего[1] *изучает тело, остается в когнитивном подходе без ответа. Акцент на «научном» познании не всегда позволяет пациенту понять, какой смысл они привносят в его жизнь. В свою очередь, разумный гедонизм, постулируемый создателями когнитивной терапии в качестве философского основания, приводит к тому, что негативные эмоции-рассматриваются как проявление патологии.*

Рекомендуемая литература

Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002. С. 39-62, 157-262.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Интеграция когнитивного и психодинамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 3.

Sanders D. Counselling for Psychosomatic Problems. London; Thousand Oaks; New Delhi: SAGE Publications, 1996.

[1] [1] Этот вопрос, действительно, очень важен. Хорошо известно, что даже опытные врачи не всегда в состоянии определить на основе своих ощущений, от какого заболевания они страдают. В таком случае, чего можно ожидать от человека, не имеющего специального образования? Как он может научиться отделять обычные проявления эмоций от признаков соматической патологии, если даже медицинские источники указывают на их значительное сходство? Способен ли человек к адекватному отражению физиологических процессов?

ГЛАВА 6

НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ И БОЛЕЗНЬ: ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ТИП «А»

Болезни сердца люди всегда связывали с душевными потрясениями и тяжелыми жизненными обстоятельствами. «Не выдержало сердце» – закрепившаяся в языке формула, описывающая последствия эмоционального напряжения. Люди считают этот орган важнейшим, однако в норме его работа практически не осознается (Бройтигам и др., 1999). Когда же человеку кажется, что сердце функционирует с перебоями, у него возникают тревога, страх, а симптомы усиливаются. Такого рода «порочный круг» может стать причиной кардиофобии, ипохондрического или соматизированного расстройства. Эти страхи можно считать частично оправданными. В настоящее время болезни сердца являются основной причиной смерти в мире. На их долю приходится более половины всех летальных исходов (Contrada et al., 1990).

Несмотря на то, что многие сердечные симптомы, вызванные стрессом, являются кратковременными, психологов и врачей всегда интересовал ответ на вопрос, не могут ли такие нарушения являться предвестниками серьезной болезни, например, ишемии. В этой главе мы подробно рассмотрим современные представления о связи личностных особенностей, стресса и негативных эмоций с кардиологическими заболеваниями.

Прежде всего опишем, что собой представляют различные формы сердечной патологии.

Для нормальной работы сердце должно бесперебойно снабжаться кровью, насыщенной кислородом. Если снабжение недостаточное, то возникает ишемия. Преходящий ишемический эпизод может вызывать острую боль в груди (это заболевание известно под названиями стенокардия, грудная жаба, angina pectoris (лат.)). Однако может наблюдаться и «немая» ишемия. Пролонгированная недостаточность кровеснабжения может привести к инфаркту миокарда, т.е. к некрозу (отмиранию) отдельных участков сердечной мышцы. Инфаркт может возникать в результате закупорки или сильного спазма сосудов сердца (Contrada et al., 1990; Бройтигам и др., 1999).

Причиной этих явлений, как правило, является коронарный атеросклероз. Он выражается в отложении холестерина на внутренних стенках кровеносных сосудов. Отдельные склеротические отложения становятся заметными уже у трехлетних детей. Они представляют собой нормальную реакцию

организма, направленную на компенсацию повреждения артерий[1]. Однако эти отложения могут приводить к сужению просвета кровеносных сосудов, а также к тому, что отдельные тромботические скопления, отрываясь от стенок сосудов и циркулируя внутри них, могут приводить к их закупорке (Bernard & Crupat, 1994. С. 482; Contrada et al., 1990. С. 646).

В качестве основных факторов риска для сердечно-сосудистых заболеваний называют курение, уровень холестерина в крови и высокое кровяное давление (Contrada et al., 1990). Как показывают некоторые исследования, гипертония является одной из самых важных причин в этой тройке, ее влияние на работу сердца не зависит от пола и возраста человека. Среди других факторов риска называют возраст (пожилые люди чаще подвержены этой патологии), избыточный вес, мужской пол (мужчины болеют чаще, чем женщины), недостаточную физическую активность, высокий уровень холестерина в пище, стресс, поведение типа А (т.е. коронарный тип личности), сахарный диабет, наследственную предрасположенность (Bernard & Crupat, 1994).

Как видим, наличие «коронарных» личностных черт признается не только психологами, но и врачами-эпидемиологами в качестве одной из возможных причин сердечной патологии.

Если систематизировать указанные факторы риска, то среди них можно выделить биологические, личностные и поведенческие. Фактор стресса мы считаем одновременно поведенческим и личностным, так как реакция индивида на стресс зависит от его установок, особенностей темперамента, а поведение в критической ситуации, вне зависимости от причин, способно изменить состояние здоровья. Например, активная реакция на стресс с мобилизацией всех жизненных ресурсо, приводит к резкому повышению артериального давления, а пассивная, пораженческая реакция может вызывать сбои в работе сердца за счет ослабления, затормаживания в работе физиологических функций (Bernard & Crupat, 1994).

1. Поведенческий тип А: исследования Г. Фридмана и Р. Розенмана

Совершим небольшой экскурс в историю.

В середине XX в. Ф. Данбар проводила в Чикагском институте психоанализа исследования больных с различными видами соматической патологии. Первоначально она пыталась подтвердить наличие в таких случаях символической конверсии на орган (т.е. выражения на языке тела бессознательного конфликта). Однако впоследствии Данбар обнаружила, что пси-

[1] Конечно, было бы не совсем верно представлять, что атеросклеротические бляшки состоят только из холестерина. Это сложные скопления липидов, липопротеинов, кусочков сосудистых тканей и др. субстанций (Contrada et al., С.646). Однако в основном поведение типа А связывают с уровнем холестерина в крови.

хосоматические пациенты с одинаковыми диагнозами, при всем различии жизненного пути, имеют сходные личностные особенности. Это открытие послужило основой «концепции констелляции личностных профилей». Данбар была убеждена в том, что определенное сочетание личностных черт может способствовать возникновению заболевания, а психотерапия, направленная на их коррекцию, приводит к излечению. В частности, для коронарной личности характерны целеустремленность, торопливость, высокая мотивация достижения (см.: Николаева, 1987; Бройтигам, 1999).

Концепция Данбар послужила основой для многих интересных исследований в психосоматике, тем не менее подтвердить ее полностью так и не удалось. Если рассматривать «личностные черты», включенные в коронарный тип, как уникальные, отличающие больного-сердечника от всех других людей (что-то вроде «акцентуации характера»), то совершенно очевидно, что мы найдем немного пациентов кардиологических отделений с такими яркими особенностями. Можно подойти к этой проблеме и с другой стороны – изучить мотивы, ценности и установки людей из группы риска (т.е. изучить направленность личности). Это позволит, во-первых, расширить понятие коронарного типа, включить в него поведенческие факторы и фактор стресса, а во-вторых, – лучше понять эту категорию больных, которая объединяет людей не столько акцентуированных, сколько устремленных к важным и социально одобряемым целям (увы, за счет своего здоровья).

Новый всплеск интереса к психосоматическим аспектам сердечной патологии вновь оживился после опубликования исследований Г. Фридмана и Р. Розенмана (Friedman & Rosenman, 1974). Они разработали стандартизованное интервью, состоящее из 25 вопросов, содержание которых имело отношение к коронарной личности. В ходе интервью Фридман и Розенман обнаружили людей с особым набором установок и поведенческих реакций, который они обозначили как «поведение типа А» (далее – ПТА). ПТА включает в себя выраженное стремление к достижению успехов, склонность к соперничеству, нетерпеливость, враждебность, быстрый темп речи, оживленную манеру жестикуляции.

В качестве примера приведем клиническое описание:

Сорокатрехлетний научный работник, был направлен в психологическую службу после недавнего инфаркта миокарда. Он женат, у него трое детей-подростков. Д-р Х руководит кафедрой математики в университете и мечтает возглавить аналогичную кафедру в более крупном учебном заведении. Он – самый молодой из профессоров в своем университете. Во время интервью его жена подчеркивала страсть мужа к разного рода соревнованиям – он увлеченно играет в сквош, а когда ему не с кем потягаться в скорости езды на велосипеде, он, кажется, готов соревноваться сам с собой. Когда их дети были маленькими, он играл с ними во все игры и никогда не позволял одержать над собой верх. Он считал, что тем самым воспитывает у детей характер. Во время интервью д-р Х постоянно смотрит на часы, выглядит нетерпеливым, раздраженным, себя он описывает как энергичного человека, энтузиаста, также подчеркивает, что не выносит медлительных людей (Bundy, 1995, P. 578).

Испытуемые, которые перечисленными особенностями не обладали, были отнесены к поведенческому типу В.

Фридман и Розенман обследовали таким образом 3500 здоровых людей, следили за состоянием их здоровья в течение восьми с половиной лет и доказали, что испытуемые, которым было присуще ПТА, в два раза чаще страдали от заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Исследования, проводившиеся с целью подтверждения положений Фридмана и Розенмана, обычно основывались на предположениях о наличии высокой мотивации достижения у больных кардиологического профиля и их склонности к соревнованию. Это позволяло рассматривать таких пациентов как типичных руководителей или карьеристов. Действительно, люди с поведением типа А стремятся сохранить за собой лидерство даже тогда, когда их партнер способен лучше справиться с задачей. Модель «неконтролируемости» Д. Гласса (Glass, 1977) описывает именно эту особенность мотивации. Гласс утверждает, что люди типа А особенно уязвимы к стрессорам, свидетельствующим о потере контроля над окружением или об ограничении личной свободы.

В качестве причины возникновения ПТА описываются также особые свойства самооценки. Эти люди полагают, что их высокая самооценка нуждается в постоянном подтверждении, а жизнь, следовательно, представляет собой непрерывный процесс соревнования. Это суждение проявляется и в завышенных требованиях к себе, вследствие чего личность должна быть весьма активной, чтобы их удовлетворять. Личность типа А, согласно данной модели, постоянно испытывает тревогу, поскольку никакие, даже самые выдающиеся успехи не могут позволить ей «почивать на лаврах» (Matthews, 1982; Scherwitz et al., 1978; Strube, 1987).

Помимо постоянной тревоги за результаты действия, к негативным эффектам высокой мотивации достижения можно отнести устремленность индивида к значимым для него целям в ущерб собственному благополучию. Это приводит к тому, что люди с ПТА не в состоянии вовремя заметить угрожающие симптомы сердечного приступа, поэтому слишком поздно обращаются к врачу. Конечно, могут быть и такие случаи, когда заболевание, вплоть до его конечного пункта – инфаркта миокарда – протекает без четких симптомов (Contrada et al., 1990). Тем не менее на большой выборке испытуемых было показано, что в периоде, предшествующем инфаркту, можно отметить ряд неспецифических сигнальных ощущений: усталость, недостаток активности, расстройства сна, страхи, ощущение, что человек заболевает, другие изменения эмоциональной сферы (Бройтигам и др., 1999). Возможно, беда лиц с ПТА заключается в том, что они неспособны вовремя остановить-

ся и отдохнуть. Их поведение значительно отличается от поведения лиц типа В (которое по-английски описывается как «stop and smell the rose»[*]-стиль (Bernard & Crupat, 1994, С. 494). Устремляясь к внешним по отношению к «Я» целям (пусть даже эти цели и весьма похвальны), лица с ПТА не всегда замечают, что они находятся в состоянии стресса, что им необходимо отдохнуть или даже обратиться к врачу.

2. Физиологические корреляты ПТА

Итак, мы рассмотрели несколько важных составляющих поведения типа А: гипертрофированное стремление к контролю, высокую мотивацию достижения, склонность к соперничеству. Каким же образом эти факторы могут привести к заболеванию? В качестве промежуточного звена называют реакцию стресса.

Кстати, следует ли считать, что лица с сердечными заболеваниями подвергаются стрессу чаще, чем здоровые люди или другие категории больных? Как мы уже показали в главе, посвященной физиологическим теориям, какого-либо определенного ответа на этот вопрос пока нет (или, вернее, известно несколько вариантов ответа). Однако каждый из нас, взаимодействуя с ситуацией, видоизменяя ее своим поведением и отношением к ней, может тем самым служить источником стрессов для себя самого. Если, например, человек с ПТА чрезмерно пунктуален, то он будет переживать как кризис даже незначительное опоздание (свое или чужое); если человек враждебно настроен по отношению к окружающему миру, он обречен на конфликты с другими людьми и, следовательно, на частое переживание стресса. Все мы сталкиваемся с трудностями, но у каждого из нас эти трудности уникальны. Коронарные личности уязвимы не ко всем стрессорам, а только к тем, которые затрагивают их важные цели и ценности (более подробно об этой проблеме см. в обзоре: Contrada et al., 1990). Поэтому со всей очевидностью можно утверждать, что конструкт ПТА, который наиболее часто используется для объяснения того, как психологические факторы могут спровоцировать сердечное заболевание, тесно связан с теориями стресса.

Показано, что в период стресса индивиды с ПТА отличаются более высокой активностью симпатической нервной системы, более интенсивной секрецией катехоламинов. Это может приводить к опасным последствиям для сердечной деятельности, поскольку:

1) катехоламины способствуют повышению частоты сердечных сокращений, сужению сосудов, что затрудняет работу сердца и приводит к по-

---

[1] Остановись и насладись ароматом розы.

вреждениям стенок сосудов, а следовательно, к атеросклеротическим отложениям;

2) изменение уровня катехоламинов в крови вызывает колебания тонуса сосудов, что снижает их эластичность (Bernard & Crupat, 1994).

Для того, чтобы справляться с постоянными стрессами и внутренним напряжением, люди с поведением типа А могут использовать не вполне адекватные методы: например, они могут пытаться снять стресс употреблением алкоголя, курением, с помощью еды, увеличивая, таким образом, риск заболевания.

Переживание стрессовых ситуаций (в том числе и его физиологический компонент) в значительной степени зависит от поведения человека, его усилий по преодолению стресса. Активный поведенческий копинг связан с возбуждением симпатической нервной системы (о роли которого мы упоминали выше). Именно такое поведение лица с ПТА развивают при предъявлении сложной экспериментальной задачи, требующей приложения усилий (вариант матриц Равена). Исследования показывают, что подобная стимуляция приводит к избыточной реакции сердечной системы (Steptoe & Molineux, 1992).

3. Враждебность и ПТА

Первоначально Фридман и Розенман полагали, что поведение типа А представляет собой достаточно монолитный конструкт, все элементы которого одинаково важны. Однако дальнейшие работы в этой области показали, что наиболее значимыми с точки зрения этиологии компонентами ПТА являются враждебность и гиперреактивность симпатической нервной системы (которая в настоящее время считается врожденной) (Contrada et al., 1990).

Враждебность оказалась связанной не только с сердечно-сосудистыми заболеваниями, но и, независимо, с атеросклерозом. Даже для лиц, которым не свойственно поведение типа А, наличие враждебности коррелирует с кардиопатологией. Следует отметить, что враждебность трудно измерять, опираясь на самоотчеты испытуемых. В одном из исследований связь между враждебностью и наличием сердечного заболевания была получена при помощи оценок, которые давали испытуемым их партнеры по браку (Kneip et al., 1993).

Что касается гиперреактивности симпатической нервной системы, то в интервью Фридмана и Розенмана она определялась на основе таких признаков, как оживленная жестикуляция, неусидчивость, быстрая речь с взрывными интонациями.

Несмотря на то, что враждебность и гиперреактивность симпатической нервной системы являются независимыми факторами риска в отношении сердечно-сосудистых заболеваний (Bernard & Crupat, 1994), все же их можно связать и с описанными выше теориями ПТА (потери контроля, высокой мотивации достижения и пр.). Враждебность и стресс могут проявляться в ситуации, когда личность сталкивается с препятствиями на пути к своей цели. Кроме того, проявления враждебности могут быть культурно обусловленными и даже частично социально одобряемыми (например, среди мужчин). Человек привык бороться с природой, отсюда взгляд на эволюцию и на процесс индивидуальной жизни как на соперничество (Марков, 1997. С.122). Поэтому и стремление к соревнованию, и враждебность по отношению к потенциальному обидчику, и постоянное стремление к достижению все новых и новых успехов могут рассматриваться некоторыми людьми как необходимые условия выживания. Однако занимая такую позицию, индивид сталкивается с проблемой разграничения тех жизненных обстоятельств, которые нужно активно преодолевать, и тех, к которым более полезно приспособляться.

Поэтому в качестве методов коррекции поведения типа А предлагается когнитивно-бихевиоральный тренинг (см. Bernard & Crupat, 1994; Bundy, 1995).

Резюме

Основными характеристиками поведенческого типа А являются выраженное стремление к достижению успехов, склонность к соперничеству, нетерпеливость, враждебность, быстрый темп речи, оживленная манера жестикуляции (две последние особенности являются признаком изначально повышенной физиологической возбудимости). Согласно данным эмпирических исследований, враждебность является одним из важнейших факторов развития ишемической болезни сердца даже в том случае, когда все остальные признаки поведенческого типа А отсутствуют. Люди со склонностью к подобному типу поведения подвержены хроническим стрессам и имеют неадаптивные копинг-стратегии для их разрешения. В свою очередь, стресс, который относится к типу «усилие + негативная эмоция» (см. главу 4), способствует нарушению сердечного ритма и усиленному отложению холестерина на стенках кровеносных сосудов. В результате, как утверждют сторонники этой теории, может возникнуть сердечная ишемия.

Рекомендуемая литература

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. М., 1999.

Bernard L.C., Crupat E. Health Psychology. Biopsychosocial Factors in Health and Illness. Harcourt Brace College Publishers, 1994.

Bundy C. Cardiovascular and respiratory disease. Treatment // The Handbook of Clinical Adult Psychology / Ed. by S.Lindsay & G.Powell. London; New York, 1995. P.573-588

Contrada R.J, Levental H., O'Leary A. Personality and Health // Handbook of Personality: Theory and Research / Ed. by Pervin L.A. New York; London: The Guilford Press, 1990. – P. 638-669

ГЛАВА 7

ЛИЧНОСТЬ, ЭМОЦИИ И БОЛЕЗНЬ: ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ТИП С (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ)

За несколько десятилетий психологи, занимающиеся проблемой рака, пришли к выводу, что единого конструкта «поведение типа С» (личность, склонная к раку) не существует, а имеется выделенный в результате многочисленных (и часто противоречащих друг другу) исследований набор определенных копинг-стратегий и защитных механизмов. Можно сказать, что, благодаря вкладу каждого ученого описание личности онкобольного напоминает «полотно импрессионистов» (Contrada et al., 1990, С. 656).

Указания на особый склад личности онкобольных можно встретить в древнейших медицинских источниках. Например, Клавдий Гален писал, что женщины, обладающие меланхолическим темпераментом, чаще болеют раком молочной железы, нежели женщины-сангвиники (там же). «Наивные» концепции рака также включают психологические факторы, способствующие его возникновению (Taylor, 1982).

В 80-е гг. XX века были опубликованы результаты исследований Морриса и Грира, которые утверждали, что виды реакции на стресс у онкологических больных разительно отличаются от таковых у лиц с ПТА, описанных Фридманом и Розенманом. В частности, назывались такие особенности поведения типа С (по сравнению с ПТА и ПТВ, далее – ПТС), как депрессивность, недостаточное выражение эмоций (Morris & Greer, 1980).

Предположения о психогенной природе некоторых случаев онкологических заболеваний получили поддержку со стороны нового научного направления – психонейроиммунологии – основанного на положении, что мозг способен координировать работу иммунной системы. В эмпирических исследованиях было получено много интересных результатов, которые нам стоит хотя бы кратко рассмотреть.

Прежде всего, удалось продемонстрировать, что удаление или разрушение отдельных участков головного мозга изменяет иммунный статус организма. Наиболее тесными являются связи иммунной системы с гипоталамусом и лимбической системой. Более того, различные отделы гипоталамуса, видимо, осуществляют в этой сфере особые функции. Так, повреждение передней области гипоталамуса приводит к снижению активности лейкоцитов, а повреждение заднего гипоталамуса и гиппокампа – к ее повышению.

Далее, выявлены гуморальные связи между органами иммунной системы и другими органами. Лимфоциты[1] имеют на своей поверхности рецепторы, чувствительные к нейротрансмиттерам[2] и гормонам, т.е. к веществам, которые в большом количестве выделяются структурами головного мозга. Более того, интерлейкин и интерферон, выделяемые лимфоцитами, влияют на нейроэдокринную систему и на состояние нейронов головного мозга.

Помимо гуморальных связей, головной мозг и иммунную систему соединяет вегетативная нервная система. Например, в процессе активизации ее симпатического отдела задействованы головной мозг, вилочковая железа, селезенка и лимфатические узлы[3] (Bernard & Crupat, 1994).

Еще одним доказательством связи между мозгом и иммунной системой является изменение параметров ее работы под влиянием стресса. Такого рода исследования можно условно разделить на два типа.

1. Ученые в экспериментальных условиях вызывают у человека или животного состояние стресса и затем с помощью физиологических измерений изучают реакции иммунной системы. Например, у крыс наблюдалось подавление функций иммунной системы под влиянием электрического шока, которого было невозможно избежать (Laudenslager et al., 1983). Эти условия могли также спровоцировать рост раковой опухоли (Visintainer et al., 1982). Как правило, в таких случаях демонстрируются относительно кратковременные изменения в работе иммунной системы. Проблема заключается в том, что лабильность ее показателей еще не может являться доказательством того, что у человека возникнет заболевание, соответствующее характеру этих изменений. По крайней мере, до сих пор убедительных данных о том, что именно стресс провоцирует рост раковой опухоли, не имеется. Вообще, недавние открытия в области иммунологии показывают, что условия работы иммунной системы должны изменяться постоянно, по мере адаптации человека к стрессу, вместе с изменениями параметров функционирования головного мозга (Contrada et al., 1990; Steptoe, 1997).

2. Другая группа исследований направлена на определение отдаленных последствий негативных переживаний. Например, выявлено, что люди, длительное время ухаживающие за своими близкими, страдающими деменцией, имеют худший иммунный статус, нежели испытуемые из контрольной группы (Steptoe, 1997).

---

[1] Лимфоциты – одна из разновидностей лейкоцитов – клеток крови человека и животных, обеспечивающих работу иммунной системы, в частности, борющихся со вторжением в организм антигенов.
[2] Нейротрансмиттеры – вещества, способные изменять скорость передачи нервных импульсов от одной клетки к другой.
[3] Вилочковая железа, селезенка и лимфатические узлы обеспечивают работу иммунной системы.

Чтобы рак можно было считать хотя бы отчасти психосоматическим недугом, необходимо подтвердить одно из трех предположений:

1) наличие психологических факторов, которые могут привести к его возникновению;

2) влияние таких факторов на его течение;

3) возможность с помощью психотерапии изменять соматическое состояние онкобольных.

Что касается первого пункта, то исследования такого рода фокусируются на изучении поведения типа С. К данному типу относятся следующие особенности реагирования:

- депрессия
- выученная беспомощность
- недостаточная эмоциональная экспрессивность
- подавление негативных эмоций
- отсутствие социальной поддержки (Contrada et al., 1990).

1. Депрессия и выученная беспомощность как факторы возникновения онкологического заболевания

Шекеле с соавторами (Shekelle et al., 1981) доказали, что острый приступ депрессии, о котором стало известно, когда испытуемые были студентами-медиками, увеличивает риск умереть от рака 17 лет спустя. Эта связь сохранилась и тогда, когда были проконтролированы другие факторы. Выученная беспомощность как реакция на жизненные события, по данным проспективного исследования, проведенного в Югославии в 1982 г., предопределяет развитие рака. Анализ публикаций по данной проблеме позволяет предположить, что это состояние даже больше связано с раком, чем депрессия. Однако понятие выученной беспомощности нуждается в дополнительном уточнении (Contrada et al., 1990).

М. Селигман предполагал, что ощущение безнадежности всяких попыток изменить ситуацию вызывает состояние, сходное с депрессией:

> **«Опыт субъекта, если он состоит в том, что его действия никак не влияют на ход событий и не приводят к желательным результатам, усиливает ожидание неподконтрольности субъекту результатов его действия (исходов), вследствие чего возникает тройственный – мотивационный, когнитивный и эмоциональный – дефицит… Эмоциональный же дефицит проявляется в возникающем из-за бесплодности собственных действий подавленном (или даже депрессивном состоянии)» (цит. по: Х.Хекхаузен, Т.2. С. 114).**
>
> **«Выученная беспомощность по своим проявлениям очень напоминает клиническую картину депрессии» (там же, с. 134).**

Действительно, в МКБ-10 приводится следующее описание депрессивного эпизода (F32):

«В типичных случаях… больной страдает от сниженного настроения, утраты интересов и удовольствия, снижения энергетичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности… К другим симптомам относятся: ...сниженные самооценка и чувство уверенности в себе; ...идеи виновности и уничижения ...мрачное и пессимистическое видение будущего» (МКБ-10, с. 118).

Таким образом, описание депрессии не слишком отличается от описания выученной беспомощности, более того, когда авторы психосоматических теорий, опирающиеся на постулаты Селигмана, начинают описывать механизмы влияния выученной беспомощности на состояние здоровья, они обращаются к физиологическим аспектам негативных эмоций. Вообще, на наш взгляд, практически все теории стресса, критических жизненных событий, утрат и т.п. являются продолжением физиологических теорий эмоций в психосоматике, поскольку аффекты горя, гнева или печали являются в них как бы «конечным пунктом», «последней остановкой» перед началом заболевания. Они «запускают» патологический процесс. Отличаются эти теории лишь тем, какой фактор, по их мнению, вызывает негативную эмоцию.

2. Недостаточная эмоциональная выразительность и подавление негативных эмоций

Теперь перейдем к рассмотрению гипотез, выдвигающих подавление (недостаточное выражение и недостаточное переживание) эмоций (и в частности гнева) в качестве одной из возможных причин рака.

Личности, которым свойственно поведение типа С, обращают к миру веселое и бесстрастное лицо, как пишет Р. Контрада (Contrada et al., 1990). Онкологические пациенты выглядят менее эмоционально вовлеченными, более подавленными по сравнению с пациентами, страдающими доброкачественными опухолями. У больных раком обнаруживается меньшее количество психопатологических симптомов, им свойственно «держать свой гнев внутри». Пациенты, которые бурно реагируют на постановку тяжелого диагноза, пытаются бороться с болезнью, имеют бóльшую продолжительность жизни. Эти данные являются одним из аргументов в пользу необходимости сообщать онкологическим пациентам о том, что их ждет.

Индивиды, которые избегают переживания негативных эмоций, могут интерпретировать свои необычные ощущения (которые являются сигналами развивающейся болезни) как обусловленные невинными причинами. Так, опрос женщин, страдающих раком, показал, что первое время они считали свои симптомы следствием стресса или естественными проявлениями старения (Cacioppo et al., 1986). Поскольку визит к врачу обычно связан с негативными

эмоциями, то личности с поведением типа С могут откладывать его до тех пор, когда уже поздно проводить лечение (Contrada et al., 1990).

Однако исследование связи между эмоциями и раком наталкивается на ряд серьезных проблем. Прежде всего это касается методов изучения эмоциональной экспрессии. Ее мы можем измерять с помощью самоотчетов испытуемых, с помощью опросников и проективных тестов и данных наблюдения. Даже обнаружив, что больные недостаточно выражают отрицательные эмоции, мы не можем сказать, почему и с помощью каких механизмов они это делают. Трудно понять, отличается ли (в физиологическом плане) бессознательное подавление эмоции от ее осознанного сдерживания, невыражение – от непереживания (Davison & Petrie, 1997).

При исследовании эмоционального состояния чаще всего используются самоотчеты, либо опросники, разработанные с целью измерения какой-либо одной эмоции (т. е. направленность которых очевидна для испытуемых). Собранные таким образом данные с высокой вероятностью могут оказаться недостоверными.

Давайте рассмотрим, отличаются ли по своим физиологическим коррелятам эмоции страха, тревоги, гнева и радости. Известный исследователь в этой области, Я. Рейковский (1989) отмечает, что, видимо, нет таких соматических изменений, которые были бы строго специфичны для конкретной эмоции. Данные о «физиологической специфичности» эмоций достаточно противоречивы. Единственное, что удалось выявить Рейковскому в ходе скрупулезного обзора психологической литературы – это изменения в телесном состоянии, связанные с определенным уровнем активации. Поэтому, например, различаются физиологические показатели при переживании страха и гнева, особенно в том случае, когда страх вызван угрожающим стимулом, которого невозможно избежать (т.е. связан с состоянием беспомощности и пассивности, с активацией парасимпатической нервной системы). Многое в переживании и физиологических коррелятах страха зависит и от набора поведенческих и когнитивных стратегий, которые имеются у конкретного индивида для борьбы с угрожающими стимулами.

В клинике психосоматических расстройств описан синдром алекситимии. Пациенты с алекситимией малоэмоциональны (или, вернее, они переживают больше негативных эмоций, чем могут на сознательном уровне распознать и вербализовать), у них невыразительная мимика, конкретно-приземленное мышление, чрезмерно жесткая мотивационная сфера (См.: Холмогорова, Гаранян, 1996; Николаева, 1993). Сначала считали, что алекситимия встречается только у психосоматических больных, затем стали говорить об алекситимии и у невротиков, т.е. у совершенно противоположной, на

наш взгляд, категории пациентов. Связи между алекситимией и соматическим заболеванием трудно истолковать однозначно. Так, Люмли считает, что алекситимия влияет на состояние здоровья опосредованно, через неадекватное поведение пациента, несвоевременное обращение к врачу (ведь такие люди с трудом распознают интроцептивные ощущения, не могут дифференцировать нормальные состояния от патологических) (Lumley, 1996). Как бы то ни было, синдром алекситимии не является специфичным именно для рака, и нет никаких сведений о том, что в данном случае его можно рассматривать как этиологический фактор.

3. Отсутствие социальной поддержки или потеря близкого человека

Данные исследований показывают, что наличие социальной поддержки помогает человеку справляться со стрессом, повышает его способность к адаптации. Само понятие нуждается в уточнении, по крайней мере, неверно было бы его определять лишь как «наличие знакомых и друзей». Социальная поддержка означает возможность человека получать от окружающих его людей любовь, уважение, а также финансовую и другого рода помощь в трудных ситуациях (Sarason et al., 1996). Социальная поддержка изменяет представления человека о себе и его эмоциональное состояние.

Эйнджел полагает, что потеря объекта (имеется в виду психоаналитическое понимание этого термина) вызывает у человека состояние выученной беспомощности, характеризуется депрессивным фоном настроения (Бройтигам и др., 1999).

Отсутствие социальной поддержки может переживаться как одиночество, ощущение собственной ненужности и, в конечном счете, приводить к депрессии. Однако этим влияние социальной поддержки на здоровье не исчерпывается.

Эдлер и Мэтьюс (Adler & Matthews, 1994) утверждают, например, что другие люди, входящие в социальную сеть, могут препятствовать вредящему здоровью поведению (употреблению спиртного и т.п.), особенно это касается пагубных привычек. Поскольку к раку может привести и неправильное поведение индивида (что мы еще будем подробно обсуждать), поддержка здорового образа жизни представляется очень важной.

Имеются данные о том, что слабая социальная поддержка пациенток, страдающих раком груди, коррелирует с низким уровнем активности киллерных клеток (Levy et al., 1985). Исследование Д. Шпигеля показало, что групповая психотерапия, направленная на усиление социальной поддержки

онкологических пациентов с метастатическим раком груди, увеличила продолжительность их жизни в среднем с 19 месяцев (в контрольной группе, не подвергавшейся такому воздействию) до 37 месяцев у членов экспериментальной группы (Spiegel et al., 1989).

Согласно некоторым данным, большинство исследований качества социальной поддержки проводилось на мужчинах, которые, как считается, более чувствительны к ее отсутствию (См.: Sarason et al., 1996; Stephenson, 1996).

4. Поведенческие факторы

Помимо эмоциональных факторов, следует рассмотреть особенности поведения человека, которые могут спровоцировать возникновение заболевания или изменить его течение. Среди таковых можно назвать, например, особенности питания (имеется в виду употребление в пищу продуктов, содержащих канцерогены, или отсутствие в рационе блюд, содержащих вещества, защищающие человека от рака). Далее среди поведенческих факторов можно назвать чрезмерное ультрафиолетовое облучение (связанное с длительным пребыванием на солнце), курение (для рака легких прежде всего) и алкоголь (для рака поджелудочной железы). Высказывается также предположение о том, что некоторые вирусы, передаваемые половым путем, могут повреждать клеточную ДНК и тем самым способствовать возникновению рака (Bernard & Crupat, 1994).

Кроме того, во многих случаях можно избежать прогрессирования опухоли, сделав, например, удачную операцию, если вовремя обратиться к врачу (Contrada et al., 1990).

Все поведенческие факторы, что важно с профилактической точки зрения, могут быть изменены, на наш взгляд, с большей легкостью, нежели поведение типа С. Они, конечно же, могут возникать в связи с особым эмоциональным состоянием человека (там же). Например, человек, страдающий от депрессии, пессимистически оценивающий свои жизненные перспективы, может равнодушно относиться к своему здоровью, не заботиться о нем. Депрессия может приводить к увеличению потребления табака и алкоголя, ненормальной сексуальной активности (Тополянский, Струковская, 1986).

5. Психологические факторы в течении рака

Многие серьезные исследования подтвердили наличие связи между тем, как человек реагирует на болезнь, и продолжительностью его жизни (Contrada et al., 1990). Однако по данному вопросу нет единого мнения. Так,

Б. Кассилет опубликовал в 1985 г. данные своего проспективного исследования, которые свидетельствуют о решающей роли биологических факторов для определения прогноза заболевания (Cassileth et al., 1985).

6. Роль психотерапии в лечении онкобольных

Мы уже упоминали исследование Шпигеля, который утверждает, что психотерапия существенно увеличивает продолжительность жизни неизлечимо больных. Исследование базировалось на сравнении экспериментальной и контрольной групп пациентов со сходными диагнозами. Хотя авторы продемонстрировали значительное увеличение продолжительности жизни больных, проходивших психотерапию, возможно, она оказывает подобное влияние на всех людей. Следовало бы сравнить онкопациентов из экспериментальной группы не только с контрольной группой аналогичных больных, но и с людьми, страдающими другими формами угрожающей жизни патологии (например, с циррозом печени или с рассеянным склерозом). Пока же выявленные Шпигелем факторы остаются неспецифическими, характерными для любых заболеваний (Barbour, 1995)

А. Барбур указывает, что в некоторых случаях «психологические» теории рака могут вредить больным. Признание рака психосоматическим заболеванием не обязательно приводит к адекватному поведению пациентов. Некоторые из них начинают страдать от чувства вины, от невозможности изменить прошлое. Кроме того, во многих случаях рак ведет к летальному исходу, независимо от причины его возникновения. Однако не все согласны с такой точкой зрения. И. Ялом (1999) описывает результаты своей работы с переживанием беспомощности и безнадежности у онкобольных. Его подход был направлен на «укрепление ощущения власти и контроля» (С.311-312). Пациенты учились быть более активными в отношениях с врачом, претендовать на его время, участвовать в процессе принятия решений.

Приходится признать, что в настоящее время нет убедительной психосоматической теории рака. Психологические факторы, которые удалось выявить, не являются специфичными именно для этого заболевания. Несомненная польза от психосоматических теорий рака заключается в том, что они продемонстрировали важность психотерапии для лечения онкобольных. Она способствует повышению качества и продолжительности жизни. Наибольший терапевтический эффект имеют техники, ориентированные на устранение депрессии, а также групповая терапия, направленная на обеспечение пациентов социальной поддержкой.

Резюме

Депрессия, выученная беспомощность и недостаточная эмоциональная экспрессивность являются важнейшими характеристиками поведенческого типа С. Психотерапия депрессии является важным аспектом помощи онкологическим больным. Таким образом, психологические теории рака объясняют его возникновение и прогрессирование с негативными эмоциями. В свою очередь негативные эмоции, как утверждают авторы этих концепций, снижают активность иммунной системы. Из этого делается вывод, что тем самым провоцируется рост опухоли.

Однако наличие связи между особенностями функционирования иммунной системы и возникновением рака пока еще не доказано. Например, у ВИЧ-инфицированных пациентов (то есть. у пациентов со сниженным иммунитетом) показатель заболеваемости раком не выше, чем у других категорий больных (Barbour, 1995, С.103). В исследованиях на здоровых людях также не удалось доказать, что ослабление иммунной системы приводит к раку.

При изучении работ в сфере психоонкологии можно выделить ряд существенных, требующих разрешения, проблем, с которыми сталкиваются исследователи:

- *необходимость перехода от исследований методом поперечных срезов к лонгитюдным исследованиям, что требует больших затрат времени и денег, а также от лабораторных – к полевым исследованиям;*
- *необходимость уточнения большинства используемых в описанных выше концепциях таких понятий, как «подавление» и «невыражение» эмоций, «выученная беспомощность».*

Рекомендуемая литература

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. М., 1999.

Andersen B.L., Golden-Kreutz D.M. General cancer // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 1997. – P. 466-477.

Contrada R.J, Levental H., O'Leary A. Personality and Health // Handbook of Personality. Theory and Research / Ed. by Pervin L.A. – New York; London: The Guilford Press, 1990. – P. 638-669.

ГЛАВА 8

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОДЫ К ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПРОБЛЕМЕ

Познание отдельного человека сравнимо с плаванием по бесконечному морю в поисках неведомого континента: каждый раз, причаливая к берегу или острову, мы узнаем что-то новое, но стоит нам объявить тот или иной промежуточный пункт конечной целью своего путешествия, как пути к новым знаниям для нас закроются… Всякая попытка создать целостную схему человека обречена на неудачу… но, несмотря на это, «человеческое» не перестанет производить на нас впечатления чего-то безусловно целостного.

К. Ясперс.

В предыдущих главах мы рассматривали психосоматические теории, которые возникли в ответ на нужды медицинской практики. Как мы уже отмечали в главе 1, это неизбежно приводит к дуалистическому рассмотрению телесных феноменов: с одной стороны, они должны быть объективированы в медицинских терминах, а с другой – медицина не в состоянии объяснить многие из них. Однако не все направления психологии рассматривают психосоматические взаимоотношения как *проблему.* В этой главе мы рассмотрим концепции, представленные в работах К. Ясперса, Л. фон Бинсвангера, К. Роджерса и других представителей феноменологического и экзистенциального подходов в гуманитарных науках.

1. Карл Ясперс: концепция «витального Я»

В работе «Общая психопатология» К. Ясперс писал, что «единство тела и души истинно только как идея», поскольку человеческое существование всегда представляет собой нечто большее (1997, с. 277). Он предостерегал против «абсолютизации единичных целостностей», поскольку ни одна из них «не может быть идентифицирована с человеком как таковым» (там же, с. 896-897). По своей природе человек является существом «незавершенным», законы его существования невозможно объяснить при помощи обобщенных схем и догматических утверждений.

«Пытаясь достичь понимания психофизической взаимосвязи в форме общего принципа, мы неизбежно впадем в метафизику, которая в конечном счете не может не свестись к абсурду» (с. .277-278).

«Существует великое множество областей, для которых ни разделение, ни единство не представляют проблемы, ибо не имеют никакого касательства к теме исследования – реалиям человеческой жизни, никак не пересекающимся с вопросом о соотношении обеих субстанций» [телесной и душевной. – Прим. авт.] (Там же, с. 281).

Здесь следует отметить, что такая позиция Ясперса в отношении психосоматического единства обусловлена его особым отношением к феноменологическому методу, который «вводится как необходимое, можно сказать, вынужденное дополнение к другим методам, т.е. к методам естественных наук... Феноменологию Ясперс ограничивает областью «душевных переживаний личности»». Применение этого метода не является самоцелью, поскольку он один не может помочь ученому выявить какие-либо существенные закономерности человеческого существования (Кучинский, 2001. С. 151-152). Неудивительно, что соматические жалобы пациентов-невротиков (см. главу 2) при таком подходе рассматриваются как «фантазии».

Для совокупности телесных ощущений, являющихся промежуточным звеном между «вегетативными событиями» и «психическими феноменами», Ясперс вводит понятие «витальной личности» (с. 299-300). Подчеркивается изменчивость границ между телом и «Я». В частности, телесные ощущения способны в некоторых случаях полностью подчинить себе сознание, и, наоборот, иногда особое состояние сознания обусловливает их возникновение (см. главу 2).

Заметим, однако, что понимание К. Ясперсом механизма развития психосоматических расстройств не слишком сильно отличается от концепции психосоматической специфичности Ф. Александера или от взглядов других психоаналитиков. Ясперс утверждает, что психосоматическое заболевание может возникнуть:

- «автоматически», вслед за сильной эмоцией, например, как следствие испуга;
- как привычная реакция на разного рода трудности, которая может воспроизводиться в сходных обстоятельствах;
- ради решения важных личностных задач. Тогда в соматическом страдании можно найти нечто существенное для жизни человека. Стоит ему осознать эту связь, как «болезнь обратится вспять» (с. 299-590).

2. Людвиг Бинсвангер: идея свободы

Л. Бинсвангер разработал новый подход в психиатрии и психотерапии, позволяющий использовать введенный М. Хайдеггером в философию метод dasein-анализа.

Постулируя принцип свободы, Бинсвангер рассматривает телесность человеческого существования как данность. Человек существует в мире и, следовательно, подвергается воздействию внешних обстоятельств, а также испытывает ограничения со стороны своего тела, переживает болезнь, увечье, свою и других людей смертность. Однако сила этих воздействий не яв-

ляется непреодолимой. Любая ситуация предполагает возможность выбора. Первопричиной заболевания является ограниченность человека лишь одним из возможных модусов существования (Руткевич, 1985). Для психического заболевания характерна «крайняя суженность жизненного проекта, который касается ограниченного количества аспектов, сторон существования Dasein и управляется на основе ограниченного количества тем или даже одной темы». При этом свобода не означает игнорирования неподдающихся изменению фактов, а скорее, свободу осуществления своего жизненно проекта в согласовании с ними (Кучинский, 2001. С. 164).

Как отмечает П.Д. Тищенко (1989; 1990), существуют различные формы необходимости, характерные для человеческого существования, способ же их реализации зависит от его собственного выбора. Здоровье может быть связано с переживанием свободы и способности к самоактуализации, с ответственностью человека за свое бытие, а болезнь – с переживанием несвободы и отрицанием ответственности.

Анализируя историю своей пациентки Элен Вест, страдавшей нервной анорексией и впоследствии покончившей с собой, Бинсвангер интерпретирует ее проблему с позиций экзистенциального анализа. Миры, в которых «здесь-бытие (dasein) обретает свое здесь («Да»)» – это мир на земле, мир в воздухе и мир под землей (Бинсвангер, 1993. С. 50). Эфирный («духовный») мир (который ассоциируется с идеалом стройности) противостоит миру материальному и «миру могилы» (миру под землей). В целом мир отражен в проекте Элен как угрожающий. Суженность жизненного проекта находит свое отражение в страхе стать толстой и быть самой собой, в страхе жить подлинной жизнью. Жизнь Элен представляет собой попытку бытия-поверх-мира, которое может быть реализовано только в стремлении «в ничто».

3. Рональд Лэнг: «невоплощенное «Я»»

Рональд Лэнг (1995) утверждает, что каждый человек переживает себя как сложным образом связанного со своим телом. Большинство людей считает, что они «начались» тогда, когда «началось» их тело, и «закончатся» тогда, когда их тело умрет. Подобные личности переживают себя как «воплощенных». Они переживают свое тело как основание для того, чтобы быть личностью наравне с другими людьми. Они подвержены страхам и тревогам, связанным с возможностью уродства, болезни и смерти, с плотскими желаниями. Воплощенная личность в состоянии аффекта (стресса) может переживать частичное отделение от тела, утрату контроля над ним либо парадоксальное отсутствие телесных ощущений. Таким образом, воплощенная личность ог-

раничивает себя, если использовать экзистенциальную терминологию, одним модусом существования.

Есть также личности, которые живут, не будучи погруженными в свои тела. Собственное тело является для них таким же объектом, как другие объекты внешнего мира. Это тело является ядром ложного «Я», на которое истинное «Я» взирает безучастно. Функциями невоплощенного «Я» являются наблюдение, контроль и критика.

Лэнг описывает случай с Дэвидом – юношей, который после смерти матери символически занял ее место. Например, он вел хозяйство, готовил еду, одевался в женское платье. До смерти матери Дэвид также исполнял различные роли, т. е. был таким, каким она хотела его видеть. Он рос, понимая, что его «Я» – это то, каким его хотят видеть другие. Вся организация его бытия основывалась на разъединении внутреннего «Я» и внешней личности (набора ролей). После того, как мать умерла, Дэвид продолжал разыгрывать эти роли (женские) перед зеркалом. Его «Я» было невоплощенным и воспринималось им как некая ментальная сущность, однако такое «ментальное» «Я» подстерегают опасности, которые можно проиллюстрировать на примере другого пациента Лэнга, Питера.

Питер обратился к психиатру с жалобами на неприятный запах, исходящий от нижней части тела. Сам он этот запах ощущал, но не был уверен, могут ли его ощущать другие.

В детстве Питер чувствовал, что «должен отдавать все свое время и все свои силы, выплачивая долг отцу, матери, дяде или даже учителю» (Лэнг, 1995. С. 131). Однако он никогда не был уверен в своей ценности, поэтому тщательно скрывал от других свои истинные чувства и фантазии. В то же время Питер все больше опасался, что его «настоящее «Я»» станет очевидным для окружающих. Ему удалось добиться «внешней нормальности» за счет «усиления раскола между «внутренним», истинным «Я» и более привлекательным «ложным «Я»» (с. 132).

Однако через какое-то время Питер ощутил бессмысленность своего существования в целом и притворства, в частности. Переживание им себя как пустого места было связано с субъективно воспринимаемым отсутствием тела. Свое тело он воспринимал лишь как объект для восприятия другими людьми:

> **«Питер пытался отцепить себя от всего в себе, что могло быть воспринято кем-нибудь еще» (С.140).**
>
> **«Поскольку он пытался быть никем, не живя в своем теле и посредством него, его тело, в некотором смысле, стало мертвым... Поэтому, когда он бросил притворяться, оно заставило обратить на себя внимание как нечто прокисшее, протухшее и разлагающееся» (С.142).**

4. Человеческое тело: позиция переживания

Феноменологический подход («экзистенциальную феноменологию») в психологии часто (во многих работах) рассматривают как альтернативу объективного, исключающего телесность дискурса в психологии. Большинство представителей этого направления выделяют два способа отношения к телу: как объекту и как телу, познаваемому/знаемому изнутри, т.е. к переживаемому телу.

Несмотря на то, что язык, воспитание и социальные требования способствуют формированию у нас убеждения в том, что мы обладаем телом, оно принадлежит нам не в полной мере. Более того, иногда мы переживаем не принадлежность нам тела, а нашу принадлежность телу, например, в случае сильной боли, неудовлетворенного желания и т.п.

Для нас наше тело всегда оказывается в центре мира. Более того, М.Мерло-Понти утверждает, что окружающий мир существует для человека благодаря его телу (см.: Pollio et al., 1997). Каким образом можно сконструировать целостное переживание человеком своего тела из суммы ощущений? Непосредственно в переживании целостность нашего тела нам не дана, его образы, каждый раз разные, меняются со скоростью потока сознания.

Мы всегда – вне других тел и внутри своего собственного, не имея при этом над ним полной власти. Когда мы рассматриваем тело как вещь, то стремимся видеть в нем разновидность объекта, когда же рассматриваем неотделимое от нас тело, то оно предстает как совокупность смутных образов.

А. Бергсон описывает тело как проводник между теми объектами, которые на него влияют, и теми, на которые оно влияет. Оно является порогом, задерживающим в себе определенное внешнее воздействие.

«Помещенное между материей, на него влияющей, и материей, на которую оно влияет, мое тело есть центр действий, местонахождение чувственно-двигательных явлений. Тело существует в мгновение действия, именно в этот момент оно выделяется из других образов» (Бергсон, 1914; цит. по: Подорога, 1995. С.13-14).

В соответствии с этой идеей выделяются несколько модусов переживания тела/проживания в нем: тело как объект, как нечто, принадлежащее нам («мое тело»), как аффект (тело, захваченное эмоцией) (Подорога, 1995).

Тело становится объектом по мере того, как ограничивается автономия его действий. Такое тело видимое, рассматриваемое, подвергающееся каким-то внешним манипуляциям, тело-труп, тело-робот, тело без внутреннего опыта. Тело-объект не существует без внешнего по отношению к нему субъекта-наблюдателя.

Тело, которое переживается как собственное («плоть») – это основа «Я»-чувства. Я владею своим телом, значит, действую, стремлюсь к чему-либо, страдаю. Это первичный образ тела, неустойчивый, меняющийся в своих границах.

Тело как аффект равно собственному состоянию. В мгновение сильного душевного волнения тело делается беспомощным и опустошенным. Мы оказываемся в реальности внетелесных состояний.

Ван ден Берг выделяет три модуса воплощения: инструментальный ландшафт, видимое другими тело, переживание своей телесности под чужим взглядом (см.: Pollio et al., 1997).

Тело может быть дано нам только в наших переживаниях, объективный метод его исследования обречен на неудачу, поскольку мы всегда имеем дело не с телом, а с человеком (Pollio et al., 1997; Тищенко, 1993).

В рамках феноменологического подхода создано несколько интересных концепций, обосновывающих взаимосвязь переживания тела и чувства самоидентичности. Э. Гибсон, в частности, полагает, что чувство «авторства по отношению к своим действиям» (sense of agency) формируется на основе наблюдения за своими движениями и их результатами. М. Шитс-Джонстоун, в свою очередь, считает, что чувство самоидентичности основано не на визуальных, а на кинестетических ощущениях, связанных с кусанием и жеванием.

Большинство феноменологов подчеркивают, что телесность человека является той основой, почвой, на которой развертывается вся психическая и социальная жизнь. Тем не менее критики указывают на то, что рассмотрение тела как основы/фона не позволяет учитывать роль истории, культуры и общества, которые создают *внутри самой телесности* основу для всех человеческих действий (Sampson, 1998).

5. Карл Роджерс и Ирвин Ялом: экзистенциальная психотерапия в психосоматике

К. Роджерс (1994) утверждал, что «сокровенная сущность» человека ориентирована на движение вперед, к конкретным целям. Человек ведет себя как интегрированный организм. В организм входит все, что осознается и не осознается в данный момент: и социальное, и висцеральное, и сенсорное. В нем выражается цельность человека.

Полноценно функционирующий человек, согласно Роджерсу, должен ощущать всю сферу своих переживаний, не чувствуя в этом угрозы. Когда же люди функционируют не полностью, они ведут себя деструктивно. Рассматривая уже обсуждавшуюся нами историю Элен Вест с точки зрения своей концепции психотерапии, Роджерс замечает:

«Если бы Элен взбунтовалась, если бы у нее нашлось достаточно сил, чтобы отстоять свое право на собственный опыт переживания своего мира, то она осталась бы верна своим подлинным чувствам и в буквальном смысле спасла бы свое потенциально автономное «я». ...она уверила себя в том, что ее чувства сомнительны, а ее стремления и желания являются абсолютно ненадежным ориентиром. Вследствие этого она должна не только отвергнуть свою любовь, но и истязать себя голоданием, чтобы заставить свое тело принять ту форму, которую одобряют другие» (С. 64-65).

В ходе экзистенциальной терапии всегда возникает и обсуждается вопрос о смерти, страх перед ней и бегство от этого страха, иногда – в деструктивное поведение. Особенно отчетливо экзистенциальная проблематика обнаруживается в работе с умирающими больными, опыт встреч/общения с которыми – бесценный урок для любого терапевта:

«Изучение пациентов было делом медицинского колледжа. В высшей школе пришло понимание того, как можно учиться у них» (Ялом И., 2002. С. 20).

В чем же заключается эта учеба? Например, в том, что врач всегда общается с человеком, а не с «больным». Пациентка И. Ялома, Паула, несмотря на тяжелое физическое состояние, не желает его обсуждать и делать своей основной проблемой. Ее интересуют более глубокие вопросы – жизни и смерти, духовного совершенства, возможность помочь другим людям, страдающим от рака: «Я заинтересовался ею, как только она произнесла первые слова: «У меня терминальная стадия рака, но я не раковый больной» (С. 23).

Проводя терапию перед лицом неизбежной смерти, терапевт особенно остро осознает и пытается разрешить свои собственные экзистенциальные страхи: «Мы встречались вчетвером каждую неделю: ...она, я, ее смерть и моя. Она ...научила [меня] думать о смерти и не бояться ее. Она помогла мне понять, что наше представление о смерти неверное. ...«Это нейтральное событие, - говорила она, - которое мы привыкли окрашивать в цвета страха» (с. 24).

В осознании человеком глубокого одиночества перед лицом собственной смерти, и в нежелании/неумении врачей преодолеть это одиночество заключается источник огромной душевной боли. Паула с возмущением говорит:

«Что происходит с врачами? Почему они не понимают важности своего присутствия? Они представить себе не могут, как они нужны именно в тот момент, когда им больше нечего предложить» (Ялом И., 2002. С. 25).

«Больше, чем смерти, люди боятся одиночества, неизменного спутника болезни. Мы стараемся пройти по жизни рука об руку с кем-либо, но умирать нам приходится поодиночке. Паула рассказала мне, что изоляция умирающего может быть двух видов. Пациент сам старается отделиться от

живых, не желая втягивать семью и друзей в свои страхи и жуткие мысли, или друзья, чувствуя свою бесполезность, неуклюжесть и неуверенность в том, что говорить и как себя вести, стараются избегать общения, желая находиться подальше от «предварительного просмотра собственной смерти»» (с. 25-26).

В очерке «Толстуха» И. Ялом описывает свой опыт работы с пациенткой, страдавшей от избыточного веса. В ходе терапии выяснилось, что эта женщина всегда боялась похудеть. Ее отец умер от рака, когда она была подростком. Болезнь сильно изменила его внешний вид. Он был полным добродушным человеком, когда же пациентка увидела его на больничной койке, то ужаснулась тому, как он похудел. С тех пор она (хотя и осознавала всю глупость этого) опасалась, что излишняя худоба приведет ее к раку: «Если свеча толстая, она дольше горит» (Ялом, 1997. С. 119).

Экзистенциальная терапия помогает людям не только войти в контакт со своим телом, но и осознать, что имеющиеся у них физические проблемы не являются чем-то не зависящим от них: они во многом отражают их отношение к жизни. Телесность является уникальным способом нашего существования в мире: она насыщена всеми его ценностными и смысловыми характеристиками.

Резюме

Феноменологический подход к телесности человека подчеркивает, что она является основой всей психической жизни. Телом мы представлены в мире. Собственное тело доступно нам только вследствие переживания, при этом оно имеет различные модусы существования: выступать как тело-инструмент, тело-объект наблюдения, тело-аффект. Тем не менее в данном подходе игнорируются социальные факторы, влияющие на телесность. Экзистенциальный анализ психосоматических расстройств позволяет интерпретировать их в связи с основными проблемами существования. При этом отмечается суженность жизненных проектов в ситуации душевных болезней, которые понимаются как переживание ограничения своей свободы и ответственности за свое существование.

Рекомендуемая литература

Лэнг Р. Расколотое «Я». СПб, 1995.

Подорога В. Феноменология тела: Введение в философскую антропологию. М., 1995.

Роджерс К. Элен Вест и одиночество // Московский психотерапевтический журнал. 1993. №3. С.57-74.

Ялом И.Д. Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы. М., 1997.

Ялом И.Д. Мамочка и смысл жизни: Психотерапевтические истории. М., 2002. С. 20-61.

Ясперс К. Общая психопатология. СПб., 1997.

Pollio H.R., Henley T.B., Thompson C.J. The Phenomenology of Everyday Life. Cambridge; New York; Melburn, 1997.

ГЛАВА 9
ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА КАК ПРОБЛЕМА КОНТРОЛЯ НАД ТЕЛОМ

Полное или тотальное авторство над телесными движениями является своеобразным идеалом, нормой человека, его здоровьем или состоянием свободы… Властвую над телом – следовательно, присутствую в наличном мире.

П.Д.Тищенко.

Когда мы говорим о «власти» над своим телом, то прежде всего имеем в виду нашу способность контролировать собственные движения. Такого рода умения необходимы человеку, чтобы преодолевать сопротивление внешнего мира, утверждать себя в нем. Д. Мак-Клиланд указывает, что мотив власти зарождается на стадии автономии, когда у человека появляется возможность управлять своим поведением. Он определяет власть как потребность, во-первых, чувствовать себя сильным и, во-вторых, проявлять свое могущество в действии. Появление автономности Мак-Клиланд связывал со средним периодом детства (см.: Хекхаузен, 1986. Т.1). Власть над собой, над окружающим миром многими людьми рассматривается как притягательная цель. Х. Хекхаузен называет стремление к контролю элементарным стремлением, проявляющимся в самых различных ситуациях (Хекхаузен, т. 2).

В данной главе мы рассмотрим проблемы самоконтроля и воли в связи с некоторыми психосоматическими симптомами. Для этого необходимо точно определить данные понятия.

1. Власть, контроль и воля

Как отмечает Перлз, «желательность самоконтроля в нашем обществе не подвергается сомнению; с другой стороны, мало рационального понимания того, что это такое» (Перлз и др., 1995. С. 371).

Если понимать волю как способность к самодетерминации и саморегуляции (См., напр., «Психология: Словарь», 1990), то таким образом она частично включает в себя процессы контроля. В психологии волевое поведение определяется:

- как осознанный *выбор* реакции (поведения) из ряда альтернатив (при помощи управления стимулами) (Выготский, 1983. Т.3);
- как *преодоление препятствий* на пути к цели (Рубинштейн, 1989, Т.2, С.196);
- как *подавление* спонтанных стремлений и чувств, блокирование действий (Шибутани, 1998);

- как процесс *управления вниманием* (произвольная концентрация и переключение) (Иванников, 1991. С. 24);
- как процесс *мобилизации усилий* (Иванников, 1991; Рубинштейн, 1989).

В индивидуальном сознании, в представлениях «наивных» людей это понятие прочно занимает свое место, обозначая некий способ осуществления действий, который связан с преодолением трудностей, сопровождается чувством усилия и протекает под контролем сознания.

Воля может быть направлена не только на внешние, но и на внутренние препятствия. В случае, когда человек сосредоточен на себе самом, результаты могут быть как позитивные, так и негативные. Самоконтроль и умение подавлять сиюминутные побуждения, мешающие достижению цели, социально одобряются. Иногда самоконтроль более выгоден окружающим людям, обществу, нежели самому человеку (Фрейд, 1989; Шибутани, 1998). Л.М. Веккер (1981, т. 3) отмечает, что регуляционно-волевые процессы основываются на проприоцептивных ощущениях. Прежде чем ребенок научится использовать предметы, он должен научиться контролировать свои движения. Овладение собственным телом является важным шагом на пути к формированию Я-концепции. «Я» зарождается в тот момент, когда ребенок начинает осознавать, что он управляет своими движениями. Таким образом, первоначально контроль связан с переживанием мышечных усилий, которые приводят к намеченным целям. Если человек способен контролировать свое тело, над произвольными движениями, общество может воздействовать на него посредством социальных норм. Четкость их соблюдения зависит от усилий индивида. Таким образом, тело является своеобразным «порогом», местом встречи активности субъекта и направленной на него воспитательной и ограничительной активности общества. В итоге человек делит события на случившееся с ним и сделанное им, «свое» и «чужое», «предсказуемое» и «непредсказуемое» (Тхостов, 1994).

С одной стороны, утверждается, что индивид с выраженным восприятием контроля прилагает больше усилий для достижения цели, оптимистически настроен и уверен в себе, внимателен к новой информации. С другой стороны, имеются данные о негативном влиянии воспринимаемого контроля (далее – ВК) на самочувствие и поведение, а также об отсутствии связи между ВК и поведением.

Эти противоречия могут объясняться недостаточной определенностью термина «воспринимаемый контроль». Как писал Ф. Перлз, «желательность самоконтроля в нашем обществе не подвергается сомнению, с другой стороны, мало рационального понимания того, что это такое»(1995, с. 371).

2. Контроль и здоровье человека

Связь между контролем и здоровьем неоднозначна и недостаточно определена по нескольким причинам.

Во-первых, основным показателем успешности ментального контроля является *степень* развиваемого усилия. Чрезмерное напряжение в данном случае является помехой (Шибутани, 1998). Оно ведет к парадоксальным результатам (к «ироническому эффекту» – ironic effect). В создании «иронического эффекта» основную роль играют процессы самонаблюдения. Если человек пытается отвлечься от боли (контролировать содержание своих мыслей), то некий психический процесс должен «отслеживать» нежелательные образы и устранять их. Однако такого рода поиск означает фиксацию внимания на мысли о боли, т.е. противоречит цели (Wegner, 1994).

Во-вторых, судя по доступным нам статьям, не всегда понятно, над чем, собственно, осуществляется контроль (когда речь идет, скажем, о здоровье). Чтобы внутренние процессы могли подвергаться произвольной регуляции, они должны быть представлены в ощущениях (Иванников, 1991). В то же время установлено, что наши возможности концентрироваться на своих интроцептивных ощущениях и произвольно изменять их существенно ограничены. Здоровому человеку не свойственно обращать внимание на интроцептивные стимулы. И если проприоцептивные ощущения вполне осознаваемы, особенно на этапе выработки новых двигательных навыков, то интроцептивные ощущения с трудом вербализуются, у некоторых людей эта способность вообще отсутствует.

Контроль над многими физиологическими функциями возможен только с помощью метода биологической обратной связи, поскольку их содержание не доступно сознанию. Даже один из наиболее «управляемых» процессов – дыхание – лишь частично поддается произвольной регуляции. Кортикальный контроль распространяется на те дыхательные движения, которые являются частью сложных поведенческих актов (речь, произвольные движения, эмоциональная экспрессия) (Бреслав, 1975). Сознание может контролировать вегетативные функции лишь временно и с большим напряжением (Граве, 1973). Человек не в состоянии полностью подчинить себе свое тело. Поэтому важно разделять реально осуществляемый контроль над телесными функциями и мнение испытуемого о том, насколько он управляет ситуацией. Например, индивид может игнорировать ощущения, свидетельствующие о неудачных попытках управлять своим телом (Тхостов, 1991).

Активная наступательная манера поведения человека, свойственная и другим крупным приматам, оказывается бесполезной в борьбе с микробами и даже насекомыми. Привыкшие все уничтожать, мы до сих пор не можем ис-

требить тараканов, а в борьбе с микробами пострадали многие люди (из-за передозировок антибиотиков и аллергических реакций) (Марков, 1997). В ситуации потери близких наши волевые качества могут помочь разрешить бытовые материальные проблемы, но состояние горя таким образом не преодолеть.

3. Ретрофлексия возбуждения

Что же происходит в том случае, когда мы не можем реализовать свою активность во внешнем мире? Гештальт-терапевты утверждают, что тогда мы обращаем собственную энергию внутрь. «Ретрофлексия поведения – это делание себе того, что первоначально человек делал, пытался или хотел делать другим людям или объектам» (Перлз и др., 1995. С.361). Этот патологический защитный механизм наблюдается в случаях, когда эмоциональная экспрессия заблокирована, или же фрустрированы какие-либо потребности. Ретрофлексия, если она первоначально и осознавалась, впоследствии становится неподконтрольной субъекту: он не замечает не только то, *что* подавляет, но и то, *как* он это делает. Ретрофлексированное действие может достигаться либо непосредственным обращением действия против себя («рвать на себе волосы»), либо напряжением мышц, препятствующих совершению «запретного» движения. В результате возникает мышечная боль напряжения, боль в конечностях, нарушение дыхания (там же).

Многие психосоматические нарушения в двигательной сфере связаны со сдерживанием эмоционального возбуждения, прежде всего – негативных эмоций. В гештальт-подходе сдерживание сексуального и агрессивного возбуждения рассматривается как одна из основных причин невротических симптомов, в частности, тревоги. Почему же невротик сдерживает возбуждение? В. Райх утверждал, что такой человек испытывает страх и отказывается считать возбуждение своим собственным. Тогда одна часть личности начинает бороться с другой, возможно, не менее сильной. Основная проблема невротика – ответить на вопрос: «Как мне заставить себя делать то, что значительная, обладающая силой часть меня не хочет делать?» (там же, с. 371).

Мышечные боли напряжения, например, головные боли, часто возникают у нас вследствие бесплодных усилий достичь успеха, при попытке понять заранее неинтересный и сложный текст, быть внимательными к чему-то, что нас раздражает и т.п. (Перлз и др., 1995; Бройтигам и др., 1999). Д. Сандерс (Sanders, 1996) приводит в качестве иллюстрации извращенного стремления к контролю распространенный соматоформный синдром – синдром «раздраженного кишечника» (irritable bowel syndrome).

Синдром раздраженного кишечника характеризуется постоянным чувством вздутия, дискомфорта или боли в абдоминальной области, тошнотой, рвотой. Симптомы уменьшаются после дефекации, однако у больного может быть чувство неполного опорожнения кишечника. От этого синдрома страдает до 20% англичан, указывает Сандерс (там же).

В возникновении и закреплении этого синдрома, помимо особенностей питания и повышенной чувствительности к ощущениям, сопровождающим работу кишечника, важную роль играет тревога больного по поводу симптомов. Во-первых, человек опасается, что у него серьезное заболевание, например, рак толстой кишки. Во-вторых, ему страшно потерять контроль над своим кишечником (т.е. он боится непроизвольной дефекации).

Сандерс приводит следующий клинический пример:

45-летний директор по продажам страдает от абдоминальных болей и острых приступов диареи в течение двух лет. Он всегда боялся обнаружить перед другими свою проблему, поэтому, чувствуя надвигающийся приступ, стеснялся пойти в туалет, думая: «с другими такого не происходит». Симптомы пациента обострялись из-за того, что он постоянно стремился контролировать свой кишечник, обращая внимание на его работу, напрягая соответствующие мышцы. В результате анализа жизненного пути выявились аналогичные тенденции в семейной жизни (сдерживание негативных эмоций), а также базовые убеждения пациента типа «я сильный», «неумение справляться с проблемами – это непростительная слабость», «я себя контролирую все время».

Проблема невротического сдерживания заставляет нас задуматься о важных вопросах различения болезненного стремления к контролю любой ценой и истинной свободы и ответственности. В то время как навязчивый контроль приводит к тому, что мы чувствуем себя обязанными удовлетворять все предъявляемые к нам требования (далеко не всегда разумные), здоровая ответственность подразумевает некоторую степень свободы в выборе поведения. Мы должны быть ответственны не за то, как нас воспринимают другие (это их право), а за собственный выбор и его последствия.

В гештальт-подходе большое внимание уделяется экспрессивной функции телесных движений. Однако они не только эмоциональны, но и символичны. Проиллюстрируем это утверждение на примере функциональных двигательных расстройств.

4. Гипервентилляционный синдром

Движения человека и его дыхание в наибольшей степени пoддаются сознательной, произвольной регуляции (по сравнению с другими системами организма). С помощью движений мы осваиваем внешний мир, а система дыхания обслуживает произвольные движения, участвует в процессе порождения речи. Как указывает Молдовану (1993), «дыхание имеет наивысший

«индекс психосоматичности»». Оно подчиняется законам «порождения текста» (с. 150). Паузы в речи, повышение и понижение голоса – все эти, связанные с дыханием, речевые особенности отражают эмоциональное состояние человека, его намерения, нормы культуры. Грудное и брюшное дыхание различаются не только физиологически (первое – тонизирующее, второе – расслабляющее). При грудном дыхании выпячивается грудь, что может соответствовать демонстрации сексуального возбуждения. Символическую связь дыхания с личностной ситуацией человека описывали многие клиницисты. Так, Густав Гейер (1932, цит. по: К.Ясперс, 1997. С. 303) связывает дыхание с переживанием свободы и легкости. Вдох и выдох (чередующиеся фазы напряжения и расслабления) отражают и фазы протекания человеческой жизни. Произвольная регуляция дыхания может выражаться в его задержке, в форсировании вдоха и выдоха за счет напряжения соответствующих мышц и т.п.

Один из связанных с дыханием психосоматических синдромов – гипервентиляционный.

Гипервентиляционный синдром определяют как неадекватную уровню газообмена, усиленную альвеолярную вентиляцию, с преобладанием «грудного» дыхания. Человек испытывает потребность сделать глубокий вдох, но одновременно ощущает сжатие в груди, часто к этому присоединяются жалобы на сердечные симптомы, головокружение, тошноту (эти жалобы являются следствием кислородного отравления). Синдром характеризуется усиленным напряжением мышц, особенно тех, что участвуют в процессе дыхания (Вейн, Молдовану, 1988; Бройтигам и др., 1999).

Данный синдром связывают как с эмоциональными состояниями (он сопутствует панической атаке), так и с культурными привычками. Большинство авторов отмечают наличие порочного круга: тревога → гипервентиляция → соматические симптомы → тревога.

Мы рассматриваем гипервентиляционный синдром в ряду нарушений, связанных с невротическим сверхконтролем, поскольку он закрепляется и поддерживается именно страхом человека потерять самообладание, сойти с ума или даже умереть (Вейн, Молдовану, 1988).

5. Психогенная (спастическая) кривошея

Заболевание проявляется в спазмах мускулатуры, которые приводят к непроизвольным поворотам головы в сторону. Произвольный контроль не помогает устранить эту проблему. Могут также наблюдаться подергивания головы и другие стереотипные движения. Симптом исчезает во время сна и под анестезией, а увеличивается, когда внимание индивида (или других людей) приковано к нему. Природу кривошеи, видимо, нельзя ограничить истерическими факторами. Возможно, что это чисто соматическое экстрапирамидное расстройство. Тем не менее, важно учитывать психологические фак-

торы, которые могут вызвать его усиление и хронизацию (Томэ, Кэхеле, 1997. Т. 2; Бройтигам и др., 1999)

Спастическую кривошею связывают с чрезмерными, неадекватными задаче усилиями. Положение головы, как и поза человека могут служить символами его жизненной позиции. Человек прямостоящий, не уклоняющийся от трудностей и проблем, - вот один из идеалов развития. Поэтому кривошею иногда трактуют как «взгляд в сторону от конфликта». Характерно, что выраженность симптомов зависит от положения человека в помещении. Если больной опирается о стену, он может держать голову прямо (Бройтигам и др., 1999. С. 322).

Чтобы понять, как сверхконтроль провоцирует этот симптом, рассмотрим анализ сновидений больного кривошеей.

Как отмечают Томэ и Кэхеле, описавшие этот случай, «сценический контекст сновидения… дает аналитику возможность постигать генезис и смысл нарушений, которые … являются «ущербным образом тела»» (1997 , Т.2. С. 268).

На момент начала анализа у пациента (по имени Эрих) три года длились боли в мышцах шеи, при этом его голова непроизвольно поворачивалась направо. Впервые эти боли появились при попытке расслабиться. Симптом усиливался в присутствии наблюдателей, что усугубляло чувство стыда, и без того присущее пациенту в течение многих лет.

Сновидения Эриха приводятся ниже.

Сновидение с подъемным краном. Очень разговорчивый сосед, с которым у пациента бывали конфликты, монтировал вместе с ним кран. Стрела у крана отсутствовала. Во сне пациент был полностью поглощен отсутствием стрелы и всем процессом сборки. И хотя он вроде бы был наблюдателем, тем не менее все больше и больше волновался. Излагая этот сон терапевту, пациент вспомнил некоторые события из своего детства, относящиеся ко времени окончания второй мировой войны, когда советские войска вошли в Германию. Тогда Эриха охватило ощущение несчастья и паники. Домашние животные вырвались наружу и их ранило.

Интерпретация сна: кран возвышается над местностью как символ желания компенсировать многие лишения времен оккупации. Отсюда – чувство неполноценности и стремление добиться успеха. «Вы хотели поднять выше голову и развернуть кран высоко над всеми остальными». «Этот симптом не просто вам мешает, вы не можете на самом деле показать, чем являетесь», - отмечает психоаналитик (там же, с. 276).

Сновидение об агенте. Рассказ Эриха: «Они искали агента, и я был у них на подозрении… Я должен был сдерживаться, потому что не мог встать в

полный рост» (там же, с. 280). В реальной жизни Эрих тоже не давал волю чувствам. Как отметил психотерапевт, даже когда пациент думал или фантазировал, он ощущал, что делает нечто недозволенное.

Сновидение об обезглавливании. Два человека ссорились, и это переросло в драку. Во сне пациент помог уничтожить все знаки борьбы, чтобы сделать расследование невозможным.

Аналитик замечает, что Эрих всегда должен прятать вещи (т.е. свою агрессивность и склонность к соперничеству). Он боится самого себя и поэтому даже во сне выступает в роли наблюдателя (за дракой), а не преступника. В этот момент спонтанно зашел разговор о том, что Эрих, пытаясь препятствовать повороту головы, совершает определенные движения рукой. Он переносит соревнование с другими людьми внутрь себя.

Итак, в центре внимания в процессе терапии было ограничение в ощущении себя, которое имелось у данного пациента. Симптом являлся компромиссом между вытесняемыми и вытесняющими силами (он был связан с тревогой, относящейся к сверх-Я). Психические конфликты усиливают физический симптом, и наоборот, ощущение неподконтрольности своего тела вызывает у пациента страх.

6. Патология беременности

Борьба человека за контроль над телом может вестись и с другими людьми, что мы покажем на примере патологии беременности. Приводимый ниже случай взят из статьи Е.Т.Соколовой (1994).

Ее пациентка (М.) – женщина 32-х лет, с диагнозом – «хроническое невынашивание». Все ее семь беременностей пришлось прервать по витальным показателям (из-за острых токсикозов, которые начинались сразу же после того, как она узнавала о беременности).

Жизненная история М. изобилует случаями насилия. Когда М. было 10 лет, мать рассказала ей весьма драматическую историю семьи (о наличии внебрачной дочери, о деде, который был судим за зверское убийство). Пациентка описывает также попытку ее изнасилования в пятнадцатилетнем возрасте и изнасилование в шестнадцать лет. Примечательно, что в восемнадцать лет она выходит замуж за того же насильника, брак оказывается неудачным и в психологическом, и в сексуальном отношении. Тогда же начинаются и проблемы с невынашиванием.

Как отмечает психотерапевт, «многое в жизни пациентки происходило внезапно, неожиданно для нее самой… Неспособная вступить в контакт-конфронтацию, выразить адресно Другим обиды, гнев, сопротивление… она

оказывалась бессильной… позволить родиться своему целостному *Я*»… «Не я беременела, а МЕНЯ беременели», - сказала однажды М. (Соколова, 1994. С. 91-92). Она отметила, что воспринимала беременность с позиций нажима, давления, долга.

Попытка избавиться от внешнего давления, обрести хоть какую-то автономию привела к расщеплению «Я» и обращению его сил против самой пациентки.

Резюме

Контроль человека над своим телом чаще всего выражается в контроле над произвольными движениями, способами эмоциональной экспрессии и дыханием. Его достижение является важной частью производства самоидентичности. Если человек не в состоянии осознать, как и зачем он контролирует себя, это может способствовать возникновению психосоматических симптомов. Они, прежде всего, будут затрагивать те телесные функции, которые доступны произвольной регуляции. Страх потери контроля, как и преувеличение его ценности, могут вызвать усиление телесных симптомов органического происхождения.

Рекомендуемая литература

Немеринский О.В. Гештальт-терапия психосоматических расстройств // Московский психотерапевтический журнал. 1997. №1.

Перлз Ф.С., Гудмен П., Хефферлин Р. Практикум по гештальттерапии / /Перлз Ф.С. Внутри и вне помойного ведра. СПб., 1995

Соколова Е.Т. “Где живет тошнота?”//Московский психотерапевтический журнал. 1994. №1.

ГЛАВА 10
БОЛЬ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Жалоба на боль – самая частая в медицинской практике, ее устранение – важнейшая и в то же время наиболее трудная задача врача. Несмотря на то, что этот феномен изучается на протяжении столетий, до сих пор медицина не может помочь всем пациентам с болевым синдромом. Даже такие радикальные методы, как нервная блокада с помощью фармакологических препаратов или перерезка нервных волокон, приносят облегчение лишь в 60% случаях (Kugelman, 1998). Боль нарушает привычный ход жизни человека, мешает ему работать и отдыхать, сказывается на отношениях с близкими людьми, наконец она часто приводит к возникновению зависимости от лекарств или к депрессии. Это один из самых неприятных аспектов хронического заболевания и одновременно признак, по которому судят о его наличии.

1. Болевые симптомы в структуре психических расстройств

В современной медицине боль рассматривается как симптом не только соматической, но часто и психической болезни. Жалобы на боль могут встречаться при тревожных и соматоформных расстройствах, а также при депрессии. Как элемент сенестопатий боль встречаться в структуре психоза (например, шизофрении).

Боль, сопровождающая тревогу, как правило, является следствием вегетативного возбуждения и излишнего мышечного напряжения. Она обычно четко ограничена во времени тревожным приступом (или ее выраженность соответствует выраженности тревоги) и легко устраняется при расслаблении или отвлечении внимания. В МКБ-10 (1994) указывается на типичность боли в груди для панических атак как в виде самостоятельного расстройства, так и в качестве симптома фобии (F41.0), а наличие головной боли напряжения характерно для генерализованного тревожного расстройства (F41.1).

Одна из возможных интерпретаций боли в груди во время панического приступа такова: в состоянии паники возникает сильное напряжение мышц плечевого пояса и межреберных, что затрудняет свободный вдох; в то же время учащается дыхание. Попытка сделать глубокий вдох при напряженных мышцах плечевого пояса приводит к возникновению боли в середине груди.

Возникновение приступа боли при фобии, генерализованном тревожном или паническом расстройствах провоцируется либо самой ситуацией столкновения с объектом фобии, либо ее предвосхищением (см. пример 3, представленный в главе 2. Неприятные ощущения в нижней области живота

возникали у пациентки во время подготовки к экзамену и проходили в момент устранения ситуации неопределенности, т. е. когда она получала экзаменационный билет). Для подобных симптомов характерно их быстрое исчезновение при устранении тревоги. Отмечается исчезновение симптомов при приеме седативных препаратов. Как правило, для тревожных расстройств характерна фиксация пациента на своих негативных эмоциях (на своем психическом состоянии).

Несмотря на то, что боль при тревоге можно рассматривать как временную и не слишком острую, все же она может способствовать формированию убеждения в наличии серьезной болезни. Это, в свою очередь, может привести к усилению приступа и возникновению ипохондрического расстройства.

Иначе проявляется болевой синдром в структуре соматизированной депрессии. Как уже указывалось в главе 2, негативные (неприятные) телесные ощущения при депрессии неразрывно связаны с чувством тоски, астенизацией, снижением продуктивности умственной деятельности, суточными колебаниями настроения. Динамика болей соответствует динамике настроения. Сами депрессивные пациенты говорят, что их боли качественно отличны от болей при «обычных» соматических заболеваниях.

Болевые ощущения при депрессии достаточно специфичны. В.Д. Тополянский и М.В. Струковская в монографии «Психосоматические расстройства» (1986) выделяют следующие разновидности боли при соматизированной депрессии:

Головная боль. **Имеет чаще всего диффузный характер, тугая, ноющая. Нередки жалобы на боль «в мозгу», а не «в голове», на наплывы неуправляемых мыслей тягостного содержания, на невозможность думать. Иногда встречается пульсирующая головная боль, обостряющаяся при каждом ударе сердца. Усиливается во время и после умственной активности, эмоционального напряжения.**

Боль в области груди и сердца. **Типичны жалобы на «камень в груди», нехватку воздуха, «чувство сердца» (т. е. якобы имеющуюся у пациента способность ощущать его границы).**

Костно-мышечные боли. **Тупая, тянущая, дергающая и ломящая боль в суставах и мышцах конечностей, по ходу позвоночника, между лопатками. Возникает спонтанно, в состоянии покоя. Часто описывается больными как свинцовая тяжесть и крайняя усталость в конечностях.**

Абдоминальные боли. **Жалобы на изжогу, тягостные ощущения, сопровождающие работу кишечника, вздутие живота, чувство тяжести в желудке.**

Боли в области мочевого пузыря. **Жалобы на повышенную чувствительность при пальпации, императивные позывы к мочеиспусканию, тупую боль в пояснично-крестцовой области.**

При депрессии в отличие от соматических заболеваний боли возникают и усиливаются вне связи с какой-либо телесной стимуляцией (едой, физической активностью и т.п.); нередко человек просыпается уже с тягостными ощущениями. Когда так называемая психогенная (т.е. не связанная с повреждением тканей) боль возникает впервые в возрасте 40 и более лет, она, скорее

всего, является симптомом депрессии (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986; МКБ-10, 1994. С. 161).

Следует отметить, что в последнее время в публикациях, посвященных проблеме боли, высказывается сомнение в том, что депрессия является причиной хронической боли. С большой вероятностью, именно упорная хроническая боль вызывает расстройство настроения, в пользу чего свидетельствуют эмпирические данные. Во-первых, не все из хронических болевых синдромов соответствуют картине соматизированной депрессии, в то же время совершенно очевидно, что они не могут быть рассмотрены и как соматоформное болевое расстройство. Во-вторых, проводя исследование методом поперечных срезов, достаточно сложно ответить на вопрос о том, что в связке боль – депрессия является причиной, а что – следствием, поскольку результаты исследований весьма противоречивы. Уровень депрессии, а не субъективно оцениваемая выраженность боли, предопределяет нарушения социального функционирования (Holzberg et. al., 1996). При этом есть основания предполагать, что ослабление негативных ощущений оказывает более сильное влияние на снижение депрессии, чем наоборот (Cairins et al., 1996). Учитывая эти данные, логично было бы предположить, что уровень депрессии определяет, скорее, не уровень боли, а особенности жизни пациента. Тем не менее практикующие врачи утверждают, что трициклические антидепрессанты способствуют значительному снижению уровня хронической боли (Godfrey, 1996).

Таким образом, сегодня можно с уверенностью утверждать лишь то, что хроническая боль и депрессия часто сопутствуют друг другу. Однако хотя мы и не в состоянии пока определить каузальный характер отношений между этими двумя расстройствами, то, по крайней мере, имеет смысл рассмотреть, что добавляет боль в картину депрессии и, наоборот, как депрессия изменяет актуальное переживание боли.

Американские психологи Тимоти Смит, Дженифер О'Киф и Алан Кристенсен исследовали пациентов, которые страдали от хронической боли, депрессии, либо от сочетания этих двух синдромов. Испытуемые заполняли опросник когнитивных ошибок М. Лефевра, при помощи которого оценивались наличие и выраженность таких искажений в мышлении, как катастрофизация, сверхгенерализация, персонализация и селективное абстрагирование. Половина пунктов этого опросника имела прямое отношение к боли в спине, в остальных эта тема не затрагивалась. Кроме того, пациентам предлагались шкала депрессии и шкала оценки последствий болезни, отражающая степень нарушений физического здоровья, психологического самочувствия и социального функционирования. У всех испытуемых с депрессией, независимо от наличия боли, была выявлена склонность к искажениям в мышлении. При этом испытуемые с хронической болью имели более сильную тенденцию к когнитивным ошибкам именно в отношении связанных с болью ситуаций (Smith et al., 1994).

Наиболее распространенными соматоформными расстройствами, проявляющимися в виде боли, являются невроз сердца (синдром атипичной боли в груди), невроз желудка (синдром раздраженного кишечника), психогенная боль в спине, височно-челюстной синдром, психогенная гинекологическая боль (в области матки и яичников).

2. Височно-челюстной синдром как пример соматоформного болевого расстройства

Распространенность данного синдрома составляет около 12 случаев на 100 человек (для жителей США, по Greco et al., 1998). Следует учитывать, что этот показатель не может рассматриваться как абсолютно точный. Во-первых, у многих людей височно-челюстной синдром не создает столь сильного чувства дискомфорта, которое заставляло бы их обращаться к врачу. Во-вторых, такие больные чаще обращаются к стоматологам, а не к психиатрам или психотерапевтам. До сих пор у врачей не сложилось единого мнения как об этиологии этого расстройства, так и о том, является ли оно самостоятельным синдромом или же вызвано органическими поражениями костно-мышечной и нервной систем.

Основными симптомами височно-челюстного синдрома являются зубная боль, боль и напряжение в области челюстей, жевательных мышц, головы, шеи и плеч. Может отмечаться неадекватно сильное сжатие зубов, как днем, так и особенно ночью, скрежетание зубами, приводящее к повреждению зубной эмали. Встречаются и более отчетливые нарушения поведения: склонность к навязчивому кусанию ногтей, жеванию кончика ручки, карандаша, покусыванию губ. Симптомы могут усиливаться в процессе жевания и разговора, из-за чего пациенты начинают избегать встреч с друзьями, посещения ресторанов и даже отказываться от еды. Нередко наблюдается злоупотребление обезболивающими препаратами, в некоторых случаях больные принимают их каждый день, не ограничиваясь какой-либо одной разновидностью лекарства (Greco et al., 1998).

Психологические объяснения этиологии височно-челюстного синдрома включают в себя стресс, эмоциональное напряжение, не находящее выражения в открытом поведении (в гештальт-терапии – ретрофлексия возбуждения, см. главу 9), научение патологическому поведению. М. Шитс-Джонстоун подчеркивает значимость таких поведенческих актов, как кусание и жевание, для формирования и укрепления чувства авторства собственных действий (agency), восприятия контроля над собственной жизнью (см.: Sampson, 1998). Метафоры жевания и кусания используются в русском языке для обозначе-

ния агрессивных и подавляющих действий: «вгрызаться», «вцепиться <зубами> в хвост», «зубами вырвать», «отхватить <зубами> кусок», «стиснуть зубы», «загрызть», «клацать зубами» и т.д. Несмотря на то, что область представительства лица, и особенно рта, в сенсорной и двигательной коре мозга занимает достаточно обширную площадь (Хомская, 1987), как правило, мы часто не осознаем и не контролируем мимические и жевательные движения. Следовательно, мы не всегда способны заметить, как влияют на них негативные эмоции, что может быть проиллюстрировано следующим примером:

Пациентка 27 лет рассказала во время психотерапевтического сеанса о том, что несколько дней назад она проснулась среди ночи от острой боли в нижней челюсти и невозможности открыть рот. Вызванные соседкой по квартире врачи скорой помощи устранили боль и сжатие челюстей при помощи инъекции миорелаксантов[1]. Обследование у стоматолога не выявило каких-либо органических повреждений, которые могли бы вызвать подобный приступ. В ходе психотерапии раздражение, злость и обида отчетливо выступали как компоненты привычного эмоционального фона пациентки, причем они проявлялись и в открытой, и в косвенной форме, могли быть направлены не только на окружающих, но и на себя. Спектр агрессивных реакций значительно варьировал: от угроз разбить или сломать какие-либо вещи до уничижительных и оскорбительных характеристик собственной внешности и интеллектуальных качеств. Социальная ситуация пациентки в момент прохождения терапии была достаточно тяжелой и оказалась для нее источником постоянного напряжения: одиночество, трудности с поиском жилья, нехватка денег, неустойчивое положение на работе, и, как следствие, угроза увольнения. В такой ситуации проявление негативного отношения к окружающим пациентку людям, действительно, могло бы плачевно сказаться на ее судьбе.

3. Краткий экскурс в физиологию боли

Рассмотрим физиологические закономерности возникновения болевых ощущений. В отличие от палочек и колбочек зрительной системы, болевые рецепторы представляют собой свободные окончания сенсорных нервов, пронизывающих все ткани и органы тела, за исключением мозга. Они активизируются под воздействием стимула, который угрожает целостности тканей организма. Таким образом, различия в интенсивности и продолжительности боли, как утверждается в *сенсорной теории,* обусловлены различиями междв стимулами. Болевые импульсы передаются по двум типам нервных волокон. Волокна первого типа (быстрые) несут информацию о точно локализованных, сильных и кратковременных стимулах. Другие (медленные волокна) передают сигналы о диффузном и продолжительном воздействии. Эти последние волокна не покрыты миелином, и электрические импульсы по ним распространяются медленнее. Разделение нервных путей происходит на уровне головного мозга. «Медленные» волокна в основном заканчиваются в нижних отделах мозга – в лимбической системе, таламусе и гипоталамусе.

[1] Миорелаксанты – лекарственные препараты, спосоствующие снятию мышечного напряжения.

«Быстрые» волокна заканчиваются в сенсорных и моторных отделах коры больших полушарий. Информация об интенсивном воздействии быстрее достигает порога сознания, так как она требует немедленной реакции. Функция так называемых «медленных» волокон не столь хорошо изучена, однако предполагается, что именно эти волокна ответственны за передачу сигналов о так называемой «хронической» боли. Модулирующее влияние на воспринимаемый уровень боли оказывают такие мозговые структуры, как фронтальная кора, средний мозг, продолговатый мозг. Это влияние оказывается посредством эндогенных опиоидов, антивоспалительных агентов, а также антагонистов и агонистов нейротрансмиттеров (Bernard & Crupat, 1994).

Сенсорная теория утверждает, что боль является ощущением, возникающим в ответ на действие раздражителя, и одновременно реакцией на это ощущение. В ней постулируется прямая связь между рецепторами и мозговым центром, где и возникает ощущение боли. Такой подход доминировал в медицине до 50-х гг. XX в. Выделение в феномене боли сенсорного (периферического) и центрального (эмоционального) компонентов позволяет примирить эту концепцию с обыденным мнением о том, что боль не всегда сопоставима с повреждением (Kugelman, 1998). Психофармакологические и нейрохирургические методы лечения рассматриваются в данной теории как наиболее эффективные. Она также способствовала широкому распространению доминирующего и по сей день разделения боли на органическую (вызванную повреждением тканей) и психогенную. Однако такая классификация резко критиковалась некоторыми клиницистами. Они подчеркивали, что, во-первых, это положение не подтверждается клинической практикой, так как часто при боли органического происхождения можно наблюдать значительное влияние на ее выраженность психологических факторов, а во-вторых, разделение ощущений на органические и психогенные лишает последние, в полном соответствии с объективистской парадигмой, статуса «реальных», «настоящих». При этом игнорируется тот факт, что эмоциональное страдание может быть не менее сильным и реальным, чем телесное. Приходится признать, что изучение возможного анатомического субстрата боли оставляет открытым вопрос о том, почему болевые ощущения возникают в отсутствие органических повреждений (и даже вообще какой-либо стимуляции).

4. Психологический анализ фантомной боли

Наибольшую проблему для сторонников сенсорной теории представляет боль, возникающая без органической основы. Одной из ее разновидностей является фантомная боль, проецируемая индивидом на уже несуществующую (ампутированную) конечность. Люди, страдающие от фантомных ощу-

щений (которые, помимо боли, могут включать в себя и зуд, онемение, покалывание), убеждены в их реальности, а также в том, что ампутированная конечность до сих пор является частью их тела (Williams & Deaton, 1997).

Интересно, что не все пациенты, перенесшие ампутацию, расценивают фантомные ощущения как болезненные. Иногда фантомная конечность оказывается более представленной в сознании, чем здоровая. Например, некоторые пытаются пользоваться фантомной конечностью и гневно реагируют на уверения врачей в ее отсутствии. Фантомная конечность воспринимается одновременно и как присутствующая, и как отсутствующая. При этом парадоксальные реакции на ампутацию чаще отмечается у тех людей, которые перенесли ее в возрасте четырех лет и старше. Симмел отмечает, что ампутация в возрасте до четырех лет связана с представленностью фантома в сознании в 20% случаев, от 4 до 6 лет – в 60%, в возрасте от 6 до 8 лет – в 75% случаев. На этом основании он делает вывод, что фантомная боль может развиться, если образ тела уже построен.

М. Мерло-Понти отмечает, что фантомная боль является не психической репрезентацией ампутированной руки, а особым способом ее присутствия/бытия-в-мире, так как, хотя она перестала быть материальной, но тем не менее вполне реально присутствует в экзистенциальном круге существования пациента (см.: Pollio et al., 1997).

Можно интепретировать фантомные ощущения как отрицание потери. Душевное состояние человека после ампутации мастерски описывает в повести «Рука» В. Пьецух:

> **«Яша Мургер проснулся посреди ночи... На душе было тоскливо, муторно, не по-доброму предчувственно, - словом, нехорошо. Яша смотрел в окно, бледно светящееся во мраке, и спрашивал себя, отчего бы это у него на душе было так нарочито нехорошо... Мало-помалу он пришел к заключению, что причиной всему рука; донельзя, до слез было жалко ампутированной конечности, кровной ткани, по-глупому отторгнутой от родимого целого и плавающей теперь в одиночестве, в формалине, в кромешной тьме. Такое было ощущение, словно вместе с рукой у него отняли часть его суверенной личности, либо одно из чувств, вроде обоняния, без которого, конечно, жить можно, но это уже не то» (1997, с. 368).**

Как феномен фантома, так и другие случаи хронической боли без видимых повреждений тканей способствовали развитию новых теорий. Наиболее популярными в настоящее время являются концепции, рассматривающие боль как сложный биопсихосоциальный феномен.

5. Теория контроля ворот (gate control theory)

Эта теория разработана в 60-е гг. XX в. американским врачом Р. Мелзаком. Утверждается, что в сером веществе спинного мозга имеются нейро-

ны, которые обладают способностью открывать или закрывать доступ в вышележащие отделы мозга нервным импульсам, идущим по «быстрым» и «медленным» болевым путям. Эти нейроны представляют собой своеобразные ворота (причем большую часть времени закрытые), они вырабатывают эндорфин, который по своим свойствам сходен с веществами группы опиатов и может блокировать синапсы, отвечающие за передачу потенциального болевого импульса. Способностью «открывать» ворота обладают импульсы, идущие по быстрым волокнам. Напомним, что по этим волокнам передается информация об острой боли, отреагировать на которую жизненно важно. На нейроны ворот действует не только афферентная, но и эфферентная стимуляция. Эфферентная стимуляция из вышележащих мозговых структур (кора больших полушарий, таламус, гипоталамус, продолговатый мозг, лимбическая система) может открывать или закрывать ворота. Таким образом, Мелзак предлагает механизм, посредством которого когнитивные процессы и эмоции могут влиять на передачу болевых импульсов. Отличие этой теории от сенсорной заключается в том, что психологические факторы не просто «накладываются» на уже существующее переживание боли, но модулируют, воздействуют на болевые импульсы до возникновения ощущения (Bernard & Crupat, 1994).

6. Психотерапия хронической боли

В большинстве клиник боли терапия направлена на модификацию поведения, связанного с болью. «Пионером» бихевиористского подхода к лечению хронической боли называют У. Фордайса, который предложил использовать для этой цели методы оперантного обусловливания. Фордайс утверждает, что хроническая боль является не столько эмоциональной и физиологической, сколько поведенческой проблемой (цит. по: Lindsay & Powell, 1995). Для пациентов с подобным синдромом типичным является:

- *снижение активности* (увольнение с работы, или ограничение выполняемой работы, отказ от общения с друзьями, родственниками, от занятий спортом, и даже – от выхода на улицу или от движений);
- *злоупотребление лекарственными препаратами* (чаще всего это транквилизаторы и анальгетики);
- *многочисленные обращения к врачам за обследованием и лечением*.

Некоторые авторы отмечают, что при хронической боли очевидна материальная выгода пациента (оплата по больничным листам, ранний выход на пенсию, получение пособия по инвалидности). Тем не менее, нам кажется, что такой подход в наибольшей степени отражает досаду врачей и чиновников от здравоохранения на то, что пациент с «ненастоящим» (неорганиче-

ским) расстройством требует больше внимания и денежных затрат, нежели пациент с острой болью. Кроме того, если человек продолжает работать, несмотря на постоянную и упорную боль, не скажется ли это на качестве его труда? Ежедневное и ежечасное страдание трудно компенсировать денежным вознаграждением. Наконец, страдание пациентов с хронической болью часто усугубляется недоверием врачей и близких родственников.

Согласно Фордайсу, продолжающееся болевое поведение связано уже не столько с действием болевого стимула, сколько с подкреплением (внимание и забота со стороны членов семьи, возможность избежать нежелательной ответственности). Целью терапии является устранение нежелательного поведения и замена его на «хорошее» (способствующее социальной адаптации, повышению активности). Предполагается, что с повышением уровня активности внимание пациента будет отвлекаться от боли, и ее интенсивность, в соответствии с теорией ворот, уменьшится. Медицинскому персоналу предлагается игнорировать (т.е. не подкреплять) болевое поведение, просьбы об анальгетиках, включать пациента в программы по повышению уровня физической активности, использовать жетонную экономику. Сокращение количества подкрепляемых медикаментов достигается разрывом связи между появлением боли и приемом лекарства, а также за счет использования эффекта плацебо (Lindsay & Powell, 1995).

Когнитивная терапия хронической боли основывается на использовании методов отвлечения внимания; включения пациента в ритмичную когнитивную активность (подсчет чего-либо); воображения. Пациента обучают «правильной» (точной) оценке интроцептивных стимулов и помогают ему вырабатывать навыки совладания со стрессом (копинг-стратегии); широко используются традиционные техники релаксации и метод биологической обратной связи. Показано, что они являются одновременно наиболее простыми и в то же время весьма полезными методами терапии боли (Hosaka T. et. al., 1995).

Важным для понимания идеологии когнитивной и поведенческой терапии пациентов с болью является тот факт, что уменьшение интенсивности неприятных ощущений не является основной целью данного подхода. Следовательно, если внешние проявления боли отсутствуют, если человек ведет себя в соответствии с социальными нормами, можно предположить, что психологической проблемы не существует (или же она легко решается при помощи фармакологии и нейрохирургии). Конечно же, такая трактовка взглядов Фордайса является их значительным упрощением, однако, как нам кажется, бихевиоральная терапия игнорирует жизненную ситуацию больного и

его переживания (см.: Kugelman R., 1998). В следующем разделе мы рассмотрим один из альтернативных подходов к интерпретации хронической боли.

7. Нарративный анализ в применении к хронической боли

А. Клейнман, опираясь на свой опыт лечения и обследования более чем двух тысяч пациентов с хронической болью, пришел к выводу, что их истории позволяют осознать индивидуальный и уникальный смысл, который получает этот синдром в контексте жизненной ситуации. В этих историях боль предстает перед нами как образ жизни[1], фрустрация желания, проявление бесправности, социального подавления, как осознание своей национальной идентичности. Основные характеристики нарратива были рассмотрены нами в главе 1. Заметим, что нарративный анализ не направлен на изучение психосоматического взаимодействия, по крайней мере, в том смысле, в каком понимает это взаимодействие медицина. В процессе создания нарратива смысл болезни конструируется, а не отображается. Возникает вопрос о границах (пределах точности) нашей способности предлагать интерпретацию случая на основе нарративного анализа. Клейнман отмечает, что при рассмотрении хронической боли можно говорить о четырех разновидностях валидности: 1) *соответствие реальности, 2) связность, 3) полезность в контексте личностных проблем пациента и 4) эстетическая ценность*. Для клинициста наиболее важен третий вид валидности, однако исследователь должен учитывать все четыре ее разновидности.

Рассмотрим один из примеров нарративного анализа в случае хронической психогенной боли.

Рудольф, тридцативосьмилетний американец еврейского происхождения, пятнадцать лет страдает от боли в области желудка и кишечника. Его низкий социальный статус, восприятие себя как неудачника, связанный с его гомосексуализмом страх ВИЧ-инфекции, отражают, по мнению Клейнмана, самые болезненные темы в североамериканской культуре (Kleinman, 1988, P. 84). Люди, находящиеся внизу социальной иерархии, испытывают влияние большого количества стрессоров. Они не имеют возможности обратиться за поддержкой. Несомненно, бедственное положение Рудольфа было в значительной степени обусловлено его психологическими качествами. Он родился в достаточно состоятельной семье, поступил в колледж, однако не смог написать диссертацию. В результате Рудольфу пришлось работать на должности

---

[1] Фордайс, вероятно, интерпретировал бы проблемы таких пациентов как ролевое поведение, связанное с болью.

клерка, ежедневно подвергаясь придиркам и грубому отношению со стороны своего начальника, который считает его глупым и рассеянным. Однако сложившаяся в жизни Рудольфа ситуация способствовала возникновению все новых и новых проблем. Так образовался замкнутый круг, в котором боль не приводит к какому-либо специфическому изменению поведения, а, скорее, является неотъемлемой характеристикой ужасной жизни.

Две темы нарративного анализа в случае Рудольфа заслуживают особого внимания:

- связанные с работой кишечника метафоры, которые он использует для описания своей личности и жизненной ситуации. Так в нарративе символически связываются его социальный и физиологический миры. Эти же слова использовал для обозначения дистресса и отец Рудольфа;
- его национальная идентичность. Докторская диссертация Рудольфа была посвящена нацистскому движению в Эльзасе. Во время работы над ней Рудольфу казалось, что не все его знакомые одобряют тему исследования. Он так и не смог получить в архиве необходимые материалы для работы. В конце концов Рудольф капитулировал. Ценой наслаждения жизнью во Франции (которое он испытал в первые же дни по приезде) был отказ от раскрытия тайн прошлого, связанного с массовыми убийствами евреев, причем некоторые из погибших были членами его семьи. Рудольф так и не сделал того, что, согласно его убеждению, он должен был сделать. Драматическое возникновение его боли именно во время пребывания в Эльзасе, невозможность завершить диссертацию, фактический отказ от академической карьеры отражают глубокое страдание Рудольфа по поводу этой ситуации.

Понимание нарратива не может быть полным без учета реакции аудитории (слушателя, наблюдателя, читателя) на это повествование. Клейнман описывает два ключевых момента в нарративном анализе, которые помогли ему понять смысл, который имеет болевой синдром для Рудольфа: посещение крохотной квартиры, которую снимал пациент, и воспоминания, которые спонтанно возникли у него в процессе выслушивания рассказа о пребывании в Эльзасе. В первом случае, пишет Клейнман, у него возникло «душераздирающее чувство скованности и загнанности в угол, так что...я ...получил ощутимый символ внутренней жизни Рудольфа. Вначале я почувствовал настоятельную потребность вырваться так быстро, как только это было возможно, из комнаты, которая производила столь подавляющее и деморализующее впечатление» (р. 80).

Однако, как только исследователю удалось расслабиться, он осознал чудовищное одиночество своего респондента и его удовлетворение от представившейся возможности неформального человеческого общения.

Ассоциации, связанные с рассказом об Эльзасе, как полагает Клейнман, были связаны с тем, что он сам является евреем, потерявшим родных и близких во время второй мировой войны. Когда он сам посещал Эльзас, во время прогулки вдоль канала его настигла гроза. Он бросился бежать в поисках укрытия и внезапно, вбежав внутрь огражденного пространства, понял, что находится внутри еврейского кладбища. Его взгляд уперся в один из монументов. Этот памятник был посвящен целой еврейской семье из одиннадцати человек, дата смерти у всех была одной и той же. В этот момент исследователь ощутил возникновение внезапного и очень сильного чувства: как будто он прорвал сверкающую, прекрасную оболочку реальности и нашел за ней мрак и пустоту. Клейнман использует термин «моральное свидетельство» для описания той позиции, в которой находится человек, когда он сталкивается с несправедливостью и жестокостью, но сам не имеет к этой ситуации отношения. Что ему необходимо сделать в данном случае – вот основной вопрос, который, может быть, будет мучить его на протяжении всей жизни.

Резюме

Хроническая боль может наблюдаться не только в случае органических заболеваний. Жалобы на боль входят в структуру тревожных, депрессивных, соматоформных расстройств. Физиологические и биопсихосоциальные теории боли (сенсорная теория, теория контроля ворот) не могут в полной мере объяснить ее феномен. Боль является не только и не столько реакцией на интроцептивные стимулы, сколько переживанием, которое определяется личностным смыслом той жизненной ситуации, в которой находится пациент, а также социальными и культурными факторами.

Рекомендуемая литература

Мелзак Р. Загадка боли. М., 1981.

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. М., 1999.

Kleinman A. The Illness Narratives: Suffering, Healing and The Human Condition. USA, Basic Books, 1988.

ГЛАВА 11

РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ: СОЦИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ИЛИ АНОМАЛЬНАЯ ТЕЛЕСНАЯ ПРАКТИКА?

Женщина может быть легка и стройна, словно сильфида или дриада,
Но, встав на весы, она в тот же миг начинает испытывать муки ада.
Независимо от показаний стрелки весов, с жаром призывая в свидетели всевышних,
Она клянется, что у нее по крайней мере пять фунтов лишних.
…Одна мысль, одна мысль терзает меня - бывает, ночью заснешь и вскочишь:
Что, если люди изобретут диету, при которой можно худеть сколько хочешь?!

Огдэн Нэш.

В этой главе мы рассмотрим несколько синдромов, возникновение которых прямо связано с нарушениями поведения, чего нельзя сказать с полной уверенностью о других психосоматических расстаройствах. Например, курение является лишь одним из факторов, который может способствать возникновению ишемической болезни сердца. В случае нервной анорексии и булимии, психогенного переедания человек своими действиями наносит прямой и очевидный вред здоровью. Если эти расстройства не лечить, они могут привести к смерти. Мы рассмотрим в данной главе и проблему ожирения, хотя оно вызывается не только неправильным питанием. Тем не менее психологические проблемы у всех трех категорий пациентов сходные: в частности, все они недовольны собственным телом и недостаточно точно воспринимают его параметры (Соколова, 1989; Wardle, 1995). В таблице 1 приводятся критерии различных расстройств приема пищи (F50) в соответствии с МКБ-10 (см. табл.).

1. Нервная анорексия

Это заболевание обычно начинается в подростковом возрасте. Как видно из приведенных в таблице данных, нарушения питания сочетаются с нарушениями образа тела (дисморфофобией). Однако в отличие от типичной дисморфофобии идеи отношения у больных выражены мало, большее значение в данном случае приобретают идеи коррекции фигуры (Коркина и др., 1986). Как указывает Томэ (1997), у больных нервной анорексией, помимо нарушений, связанных с питанием, выявляются ипохондрические, сексуальные расстройства, гиперподвижность.

Таблица 1

Расстройства приема пищи: диагностические критерии

	Нервная анорексия	**Нервная булимия**	**Ожирение**
Начало	Препубертатный и пубертатный возраст	Может начинаться в пубертатном возрасте, однако в большинстве случаев начало более позднее	Заболевание может начаться в любом возрасте, однако пожилые люди чаще страдают от избыточного веса
Общая характеристика синдрома	• значительная потеря веса (15% нормального уровня, или же дробь «вес тела в кг/на (рост тела в м)^2» <17); • для снижения веса обязательно используется ограничение себя в питании, а также одна из таких дополнительных мер, как: физические упражнения, прием диуретиков и слабительных, прием лекарств, снижающих аппетит; • нарушенный образ тела (синдром дисморфофобии).	• постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище, больные не могут удержаться от переедания • во время приступов за короткое время съедается большое количество пищи; • последующие попытки противодействовать ожирению (вследствие избыточного приема пищи) с помощью вызывания рвоты, злоупотребления слабительными, альтернативных периодов голодания; • болезненный страх ожирения; • диагноз ставится в том случае, если исключена нервная анорексия.	«вес тела в кг/на (рост тела в м)^2» >30.

	Нервная анорексия	Нервная булимия	Ожирение
Предполагаемые причины возникновения	Остаются пока неясными, высказываются различные гипотезы – от бессознательного избегания взросления и материнства (психоанализ) до фобии избыточного веса (поведенческая психология), кроме того, у большинства больных весьма своеобразное семейное окружение: обычно родители осуществляют гиперпротекцию по отношению к детям и придают еде (или диете) слишком большое значение.	Наиболее распространена гипотеза о том, что болезнь вызывается стремлением пациенток соответствовать культурным нормам, однако они не могут удержать свой вес на намеченном (как правило, неадекватно заниженном) уровне	Наследственные факторы, заболевания внутренних органов, поражения головного мозга, переедание и недостаточная физическая активность; последние два этиологических фактора могут быть связаны с психологическими проблемами
Распространенность	Синдром чаще начинает развиваться у девочек-подростков (соотношение между женщинами и мужчинами 20:1), распространенность составляет 1 случай на 100.000 человек, однако некоторые авторы считают, что хотя бы у одной женщины из 450 раз в жизни был анорексический эпизод.	Синдром чаще встречается у молодых женщин (соотношение между женщинами и мужчинами – 10:1), общая распространенность приблизительно 8 случаев на 100000 человек, однако есть сведения, что эти данные занижены, ибо многие больные после таких приступов не обращаются к врачу.	Показатели заболеваемости зависят от возраста, пола и социального положения; в целом около трети мужчин и женщин имеют избыточный вес.
Образ тела	Для всех синдромов характерны негативное отношение к своему телу и нереалистичный (недостижимый) образ «идеального» тела.		

	Нервная анорексия	Нервная булимия	Ожирение
Сопутствующие проблемы	Гинекологические, желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые расстройства, цианоз кожи, выпадение волос и зубов, изменение характера, утрата контакта с окружающими из-за одержимости навязчивой идеей диеты.	Гипогликемия вследствие избыточного потребления сахара во время приступов переедания, нарушение обмена веществ из-за частой рвоты (недостаток витаминов, минералов), кариес, аспирационная пневмония из-за попадание в легкие содержимого желудка, нарушение работы желудочно-кишечного тракта.	Повышение риска возникновения диабета, гипертонии, ишемической болезни сердца, нарушений опорно-двигательного аппарата.

Развитие нервной анорексии можно разделить на три этапа:

Первый этап начинается с возникновения синдрома дисморфофобии. Девочки-подростки, часто под влиянием критических замечаний окружающих, а иногда и без заметного на первый взгляд повода начинают беспокоиться по поводу своей непропорционально полной фигуры, широких бедер, большого живота. Однако эти попытки уменьшить вес еще недостаточно целенаправленные и последовательные.

На втором этапе больные переходят к активной коррекции фигуры с помощью диеты, вызывания рвоты, приема слабительных, чрезмерных физических упражнений. Потеря веса и страх поправиться доминируют в клинической картине.

Третий этап характеризуется общим психическим и физическим истощением, значительным снижением массы тела, отсутствием критического отношения больных к своему состоянию, нарушением жизненно важных функций организма (Коркина и др., 1986).

В МКБ-10 нервная анорексия представлена как отдельный синдром, однако она может сочетаться с другими психическими расстройствами, чаще всего, по мнению отечественных психиатров, – с истерическим (диссоциативным) расстройством и шизофренией. Если речь идет об истерическом расстройстве, то при изучении истории болезни обращают на себя внимание своеобразное отношение к еде и заболевания желудочно-кишечного тракта в детстве, особый тип воспитания (культ еды, другие варианты особого отношения к еде), ипохондрические страхи. При шизофрении анаректические расстройства сочетаются с бредом, галлюцинациями, вычурными пищевыми и не имеющими отношения к еде ритуалами.

Обычно в процессе чтения лекций можно заметить удивление и недоверие студентов: неужели человек может умышленно и систематически причинять себе вред, не имея при этом отчетливых суицидальных намерений? Психоаналитики объясняют подобное поведение больных наличием у них *«иллюзии всемогущества», убежденности в своем бессмертии* (Томэ, 1998).

Хотя многие специалисты и признают, что пациенты живут в мире собственных фантазий, все же никто из них не считает, что больные находятся в состоянии психоза (т.е. что они утратили контакт с реальностью). Вплоть до стадии истощения некоторые больные учатся и работают, иногда достаточно успешно. Даже когда они теряют 15-20 кг собственного веса, продолжают чувствовать себя недостаточно стройными и даже «толстыми» (Коркина и др., 1986).

Рассмотрим возможные факторы, способствующие развитию нервной анорексии.

Этот синдром часто объясняют *нарушением образа тела*, характерным для всех случаев расстройств приема пищи. Понятие «образ тела» включает в себя не только когнитивные, но и чувственные компоненты: внутренние ощущения, свидетельствующие, например, о голоде или насыщении, о нормальной или нарушенной работе внутренних органов (Соколова, 1989). В таком случае становится понятным, почему на определенном этапе заболевания у больных пропадает чувство голода. Томэ (1998) считает, что трудно найти физиологические корреляты субъективным интроцептивным ощущениям. Критики этой точки зрения указывают, что термин «нарушение образа тела» подразумевает сравнение этого образа с комплексом неких объективных телесных характеристик (Baerveldt & Voestermans, 1998). При этом игнорируется такой важный феномен, как субъективное ощущение и отношение к своему телу, которое вовсе не должно соответствовать чему-то «объективному» на физическом уровне. У здоровых людей также может появляться много субъективных ощущений, не вполне адекватно отражающих процессы, происходящие в организме (Ясперс, 1997; Тхостов, 1993).

Почему же ощущения больных не дают им даже самого общего сигнала о неблагополучии? Почему они игнорируют угрожающие и неприятные симптомы: избыточную сухость кожи, ее синюшный цвет, разрушение зубов, нарушение менструального цикла? Некоторые психологи объясняют это тем, что анprofектик не чувствует, что он «есть тело». Он переживает тело как отделенное от «Я», соответственно тело становится для больных объектом (среди других объектов). Больные не столько стремятся соответствовать определенному идеалу красоты, сколько боятся потерять власть над собой, над чувством голода, которое может подтолкнуть их к импульсивным действиям (Baerveldt & Voestermans, 1998). Вообще, аноректики боятся всего неформального, безудержного. Например, они опасаются неформальных контактов, боятся получить удовольствие от еды (Томэ, 1998). Как отмечает Томэ, для них не существует наслаждения без чувства вины. Удовольствие слишком захватывает личность, и она пытается наказать себя за это. Самоконтроль становится главной целью больных (Baerveldt & Voestermans, 1998). В историях болезни отношение пациентов к процедурам по поддержанию и сохранению веса описывается следующим образом: «Было приятно, что может бороться с чувством голода, что прогрессивно худеет», «Записывает в свою тетрадь с точностью до одной конфеты съеденное» (Коркина и др., 1986. С. 33-34). Действительно, поражают сила стремления больных к самосовершенствованию и их волевые качества, ведь они успешно борются с чувством голода, что требует немалых усилий. «От передачи, принесенной сестрой, отказывается, но как только та убирает продукты, тянется за ними и затем снова

просит убрать. …Всеми силами старалась похудеть; попросила мать принести из дома скакалку» (Коркина и др., с. 57). «Было трудно, но приятно «побеждать» голод, «сознавать, что сегодня сумела ограничиться меньшим, чем вчера»» (там же, с. 51).

Интересно, что психоаналитики также отмечают на стремление своих пациенток с нервной анорексией к самоконтролю, их нежелание доверять этот контроль родителям. Как пишет Томэ (1998), у таких больных имеется «проблема зависимости». Потребность в пище на оральной стадии «идет изнутри», но удовлетворяется она другим человеком – матерью. Эта зависимость внутреннего от внешнего вызывает непереносимый конфликт у пациентов с нервной анорексией.

Больше всего больных нервной анорексией мучает несоответствие избранному идеалу, при этом мнение окружающих об их внешности не имеет особого значения. Таким образом, психиатры рассматривают нервную анорексию как проявление синдрома дисморфофобии, т. е. поведение является следствием сверхценной идеи. Непонятно, однако, почему она возникает у больных в столь навязчивой и устойчивой форме, ведь почти все люди хотят быть стройными и подтянутыми. Для объяснения в данном случае привлекаются анамнестические сведения об изначально своеобразном складе личности (паранойяльности, тревожности, сензитивности, мнительности).

Все более популярной становится гипотеза о воздействии социальных факторов на развитие нервной анорексии. Этот синдром связывают с культом стройного тела, характерного для современного общества (Wardle, 1995). Если женщина не соответствует принятому телесному канону, она чувствует себя неуверенной в социальных ситуациях и пытается изменить себя. Отсутствие у больных беспокойства по поводу гинекологических проблем, связанных с потерей веса, также рассматривается как протест против навязываемой роли жены и матери. Психоаналитики определяют этот феномен как «страхи сексуального характера», в частности, страх беременности (Томэ, 1998). Еда приравнивается к половому акту. Действительно, истории болезни свидетельствуют о равнодушном отношении пациенток к интимной жизни, даже если они и находятся в браке. Например, ни в одной истории болезни молодых женщин нет сведений, что они страдают из-за своей невозможности забеременеть. Тем не менее психоанализ в отличие от «социальной» точки зрения все же обращает внимание на собственные ощущения и индивидуальную историю пациенток, а не только на социальное давление.

Однако гипотеза протеста против социального давления не учитывает противоречивости требований, которые современная культура предъявляет к женскому телу. Например, идеал стройности вступает в противоречие с

идеалами сексуальной привлекательности и материнства. Больные, предпринимающие колоссальные усилия для того, чтобы выглядеть достойно, не собираются отказываться от диеты и физических упражнений, даже в том случае, когда худеют настолько, что становятся внешне непривлекательными для других. Многие из них вовсе не стремятся к социальным контактам и все более замыкаются в себе, сосредоточиваясь на своем патологическом поведении. Кстати, преморбидные особенности пациенток не включают в себя чрезмерной застенчивости, скорее, у них отмечается склонность к лидерству, выраженная мотивация достижения (Коркина и др., 1986).

2. Нервная булимия

Этот достаточно распространенный синдром (см. табл. 1) имеет много общего с нервной анорексией. Причину, по мнению многих специалистов, следует искать в культурных нормах. Больные боятся располнеть, ограничивают себя в еде, однако не в состоянии вести себя таким образом долгое время. Так возникают булимические приступы. Больные за короткое время поглощают огромное количество продуктов, а затем, чувствуя вину, вызывают у себя рвоту или прибегают к другим методам снижения веса. Сначала рвота не доставляет им удовольствия, но в некоторых случаях потребность в ней становится непреодолимой (Коркина и др., 1986). Помимо навязчивых действий, булимия включает в себя комплекс эмоциональных расстройств. Как правило, стимулом к возникновению булимического приступа является изменение эмоционального состояния. Аналогично аноректикам, пациенты с булимией придают огромное значение соответствию своей фигуры избранному идеалу. Изменения внешности сразу же сказываются на их самооценке, что можно проиллюстрировать следующим примером:

Пациентка: …Когда я примеряла слаксы, они оказались слишком тесными. Я почувствовала себя действительно жирной, и я также ощущала себя ничтожеством весь остаток дня.
Терапевт: Рассматривали ли Вы другие объяснения тому, что произошло?
Пациентка: Какие?
Терапевт: Может быть, слаксы сели во время стирки… Может быть, они были малы с самого начала?
Пациентка: … Не знаю. Я имею в виду, раньше они мне были в пору. Я подумала, что действительно поправилась.
Терапевт: О-кей. Давайте скажем, что Вы действительно поправились на несколько фунтов. Так что же?
Пациентка: Что?! Это значит, я должна сесть на диету, пока я не стала жирной.
Терапевт: Звучит так, как будто у вас нет «средней» оценки своего веса (Перевод из Vitkus, 1993. С. 188-189)

3. Ожирение

Рассмотрим еще один синдром, который можно связать с расстройством приема пищи – ожирение. Психологические проблемы людей, страдающих ожирением, чем бы оно ни было вызвано, в значительной степени связаны с социальными стереотипами восприятия тела. В отношении общества к людям с избыточным весом много нерационального. Подход психотерапевтов к этой проблеме также не свободен от предубеждений. И. Ялом, например, отмечает, что для него пациенты с ожирением долгое время представляли большую проблему из-за сильного негативного контрпереноса (1997, с. 95). Некоторые психотерапевты полагают, что их пациентам нужно всего лишь сбросить избыточный вес. Они предлагают им диеты и упражнения, в эффективность которых часто сами не верят.

Ожирение повышает риск заболеваний и смерти, нарушает нормальную социальную активность, заставляет полных людей презирать себя. Несмотря на то, что ожирение в обыденном сознании часто связывается с неумеренностью в еде, по данным исследований, тучные люди едят не больше, чем худые. Тем не менее тучным людям рекомендуется избегать приема пищи, если он вызван не чувством голода, а внешними стимулами. Диета для лиц с ожирением не является наилучшим выходом, поскольку ограничение в питании нарушает нормальный механизм возникновения аппетита (Wardle, 1995).

В МКБ-10 описывается синдром переедания, связанного с психологическими факторами (F50.4). Человек начинает больше есть, когда он подвергается воздействию стресса. Кроме того, описан феномен так называемой «экстернальной» еды. Имеется в виду, что не голод служит поводом к еде, а внешние стимулы, такие, как вид и запах пищи, или угощения. Интересно, что встречаются люди, у которых почти полностью отсутствуют внутренние стимулы, не появляется потребность поесть, когда это необходимо.

Задача психолога при работе с пациентами, страдающими ожирением, заключается не в том, чтобы снизить вес, а в том, чтобы скорректировать их самооценку, восстановить физическую и социальную активность.

4. «Dieting»

Со страхом ожирения связана еще одна проблема – навязчивое следование диете (dieting). В данном случае мы имеем в виду не диету, прописанную врачом, а попытки людей ограничить себя в еде, не прибегая к советам медиков, ради снижения веса. Дать точное определение феномену dieting достаточно сложно. Во-первых, любой человек имеет право на то, чтобы са-

мостоятельно определять, что и как он будет есть, и не считаться при этом больным. Во-вторых, далеко не все люди питаются рационально. Многие употребляют в пищу чрезмерное количество жирной и сладкой пищи, что способствует увеличению веса, возникновению хронических заболеваний внутренних органов.

Основания для выделения в качестве отдельного психопатологического синдрома навязчивого следования диете заключаются в следующем:

- диета у многих людей вызывает состояние стресса и страх поправиться;
- не все способны постоянно ограничивать себя в еде. В результате человек то сбрасывает вес благодаря диете, то снова набирает его из-за приступов булимии;
- диета нарушает нормальный механизм формирования аппетита. Как показали исследования, резкие колебания веса тела вредны для здоровья. Следует помнить, что ни одна диета не поможет радикально изменить ваш вес (Wardle, 1995; 1997).

Следование диете позволяет достичь сразу двух социально одобряемых целей: стройной фигуры и контроля над телом. Однако телесный идеал, к которому стремятся многие люди, ограничивающие себя в еде, подразумевает отречение от уникальности собственного тела и его негативную оценку. Диета не только модное увлечение, но и доходный бизнес, который в США приносит прибыли около 50 миллиардов долларов в год, поэтому не всем сообщениям об эффективных способах коррекции фигуры следует доверять.

Резюме

Рассмотрев нарушения процесса питания, отметим несколько важных факторов, которые могут способствовать их возникновению:

1. Неадекватная самооценка, в значительной мере зависящая от внешнего вида и от веса тела. Она может быть и результатом неадекватного воспитания, и результатом социального сравнения (которое оказывается не в пользу пациента).

2. Отчуждение тела (что может приводить к нарушению образа тела).

3. Неадекватный телесный канон, социальное давление (социальные факторы).

4. Потребность в контроле реализуется за счет контроля над телом.

Рекомендуемая литература

Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В.. Нервная анорексия. М., 1986.

Томэ Х. О психотерапии пациентов, страдающих нервной анорексией //Московский психотерапевтический журнал. 1998. № 2.

Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997. P. 363-365, 436-438.

Wardle J. Disorders of eating and weight: Investigation // The Handbook of Clinical Adult Psychology/ Ed. by S.Lindsay & G.Powell. London; New York, 1995.

ГЛАВА 12
ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО

У окна Хлоя остановилась.
- Что такое? Здесь не так светло, как обычно?…
- Тебе кажется, - сказал Колен. – Смотри, сколько солнца…
- Нет, - настаивала Хлоя. – Я отлично помню, что раньше солнце доходило вот до этого места на ковре, а теперь только досюда …Нет, ты погляди: оно доходило до седьмой черты, а теперь только до пятой…

Б. Виан. Пена дней.

Тяжело заболевшей Хлое представляется темным дом, казавшийся прежде уютным, в то время как Колен ничего не замечает. Болезнь – это не только совокупность объективно наблюдаемых симптомов, но и комплекс внутренних ощущений, эмоций, желаний. Поэтому она определяется каждым по-своему. Исследования показывают, что с одними и теми же симптомами разные люди либо обращаются к врачу, либо живут спокойно многие годы (Bernard & Crupat, 1994).

Изучение психологии больного важно с практической точки зрения. Эмоциональное неблагополучие и неадаптивное поведение могут значительно замедлить процесс выздоровления, ухудшить качество жизни пациента. В психологии представлены несколько теоретических концепций, объясняющих самочувствие и поведение больного. В отечественной психологии много внимания уделяется исследованию внутренней картины болезни (Р.А. Лурия, В.В. Николаева, А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев, А.Ш. Тхостов). В зарубежной психологии эта проблема анализируется в рамках теории социальных представлений (К. Херцлих), а также теории когнитивных репрезентаций (прототипов) болезни и здоровья (Г. Левенталь, С. Бишоп, Ш. Тэйлор, К. Петри, Д. Турк).

1. Понимание субъективных концепций болезни в различных теоретических школах

Внутреннюю картину болезни (ВКБ) Р.А. Лурия определил как весь комплекс ощущений, переживаний и мнений больного относительно своего состояния (Лурия, 1977). Он полагал, что ВКБ состоит из интеллектуального и эмоционального уровней, однако впоследствии психологам пришлось признать, что это разделение достаточно условно (Николаева, 1987). А.В. Квасенко и Ю.Г. Зубарев (1980) используют термин «соматонозогнозия» для обозначения процесса познания больным своего физического состояния. Этот процесс подразделяется на сенсологический, эмоциональный и оценоч-

ный этапы. Авторы описали различные типы соматонозогнозий, в зависимости от характера заболевания, возраста больного, присущего ему личностного типа.

В качестве важнейшего критерия адекватности ВКБ постулируется ее соответствие научным представлениям. Предполагается, что человек способен к точному познанию своего состояния, если он не слишком захвачен аффективными процессами. В большинстве работ дифференцируются рациональный и эмоциональный этапы (уровни) развития представлений о здоровье. Несмотря на то, что Р.А. Лурия и другие психологи, занимавшиеся этой проблемой, всегда подчеркивали необходимость учитывать актуальные для индивида мотивы, в концепциях ВКБ недостаточно внимательно анализируются обыденное, выходящее за рамки медицинской науки понимание соматической ситуации, а также влияние болезни на судьбу человека.

Субъективные представления о болезни не должны и никогда не будут полностью соответствовать медицинским концепциям. Это связано прежде всего с различием в позициях врача и пациента. В процессе диагностики и терапии все богатство ощущений, впечатлений и переживаний человека редуцируется до абстрактного понятия «симптом». Болезнь в медицине определяется как закономерная совокупность симптомов, связанных с органической или функциональной патологией. Однако необходимо различать болезнь как патологию органов и болезнь как феномен самочувствия (Barbour, 1995). Болезнь в понимании самого больного – это сугубо индивидуальный способ проживания, переживания уникальной для него проблемной ситуации. Человек, «вступая в событие болезни, выбрасывается из социума, ибо боль притупляет чувство «символического»», он «перестает различать символические ценности и нуждаться в них» (Подорога, 1995. С. 103). Если основной задачей медицинской диагностики является определение неких физиологических параметров и органических повреждений, то задачей «наивного» пациента является осмысление изменений в своем телесном состоянии для включения их в более широкий жизненный контекст, где они приобретают иное, глубоко отличное от медицинского, значение. Человек, в силу своей разумности может и должен относиться осмысленным образом и к событиям из мира природы, и к физиологическим процессам (Глотова, 1990). В отличие от соматической медицины в психотерапии всегда подчеркивалась необходимость уважительного отношения к наивным концепциям: «Смысл всех субъективных теорий болезни заключается в том, чтобы экзистенциальный опыт …сделать доступным пониманию …и контролю в текущей …ситуации» (Блазер и др., 1998. С. 52). Игнорирование взглядов пациента на проблему может привести к неудаче в лечении.

Представления о болезни интенсивно изучались и в теории когнитивных репрезентаций. Г. Левенталь и его коллеги разработали «модель саморегуляции в ситуации болезни». Суждения человека о своем состоянии группируются вокруг пяти измерений: симптомы, причины, последствия, длительность, особенности лечения (Leventhal & Benyamini, 1997). К. Петри и Дж. Вейнман обнаружили, что обыденные представления о болезни базируются на информации, имевщейся у человека до ее возникновения, и сохраняют значительную устойчивость во времени. С. Бишоп утверждает, что при оценке ощущений происходит их сравнение с прототипом болезни. Информация о личности потенциального больного является важной частью этого когнитивного образования (см.: Marks et al., 2000).

2. Процесс формирования субъективной концепции болезни

В субъективном восприятии болезни можно выделить несколько стадий:

- возникновение дискомфортных ощущений;
- оценка ощущений как симптомов;
- решение обратиться по этому поводу к врачу;
- первый контакт с врачом;
- диагностические процедуры;
- лечение;
- окончание лечения (выздоровление, превращение острого состояния в хроническое, летальный исход).

На каждой из этих стадий человек подвергается воздействию различных стрессоров, и он должен научиться с ними справляться. В зависимости от стадии различаются и представления о болезни (Petrie & Moss-Morris, 1997).

Поскольку ситуация неопределенности достаточно мучительна для человека, вызывает у него тревогу, то он стремится изменить свое состояние, выдвигая по данному поводу различные теории. Так ощущения превращаются в симптомы. Казалось бы, в этом нет ничего особенно хорошего или плохого – обычный процесс познания себя. Однако ощущения и болезнь – это понятия не рядоположенные. Ощущение в значительной степени индивидуально и субъективно, в то время как болезнь представляет собой «объективную», научную медицинскую категорию. Сумма ощущений характеризует самочувствие человека, а сумма симптомов – тот или иной синдром. Став симптомом, ощущение теряет свою яркость, непосредственность, нагружает-

ся продуктами процесса мышления (суждениями, оценками) (см. анализ работ А.Ш. Тхостова в главе 5).

Между моментом оценки ощущений как симптомов заболевания и моментом признания себя больным возникает разрыв во времени, иногда довольно значительный. Если ощущения становятся симптомами, то человек признает себя больным. В западной психологии вытекающее из этого решения поведение описывается как *illness behavior* – ролевое поведение больного. Такие действия предпринимает человек, столкнувшись с неопределенными и неприятными симптомами. Они могут заключаться в поиске совета, информации, помощи и наконец – в «ничегонеделании», т. е. в попытке сделать вид, что ничего не происходит. Некоторые авторы полагают, что, расценив свои ощущения как болезненные, люди становятся более целенаправленными и последовательными в своих попытках справиться с проблемой (по сравнению с превентивным поведением, которое обычно не столь систематично) (Bernard & Crupat, 1994). Утверждение себя в роли больного накладывает на человека определенные обязательства. Многими людьми болезнь (в соответствии с религиозными традициями, другими убеждениями) рассматривается как кара за грехи (наказание за неправильное поведение). Т. Парсонс предполагает, что обязательства больного заключаются: в признании себя больным; в необходимости искать помощи у профессионалов и соглашаться с предложенным ими лечением. Тем не менее проблема согласия пациента с предписаниями врачей – одна из наиболее важных при лечении хронических заболеваний (Parsons, 1978).

3. Отношения между врачом и пациентом

Эмпирические данные свидетельствуют о том, что многие люди избегают обращаться в медицинские учреждения, потому что недовольны тем, как там с ними обращаются.

Наше собственное исследование, в котором принимали участие студенты минских вузов, показало, что лишь 13% испытуемых полностью удовлетворено медицинской помощью, которая им оказывается. Самыми необходимыми качествами врача они считают профессионализм (79,5%) и внимание к пациентам (35,9%). Из других качеств часто называли также добросовестность (13,7 %) и вежливость (17,1 %).

Описано несколько моделей отношений между врачом и пациентом, которые подразумевают разную пропорацию власти и самостоятельности участников общения. Считается, что наибольшую помощь в состоянии хронической болезни оказывают отношения равноправного сотрудничества. В

этих случаях степень согласия пациента с режимом будет весьма высокой. Во время же «острых», «неотложных» состояний более эффективной будет авторитарная позиция врача (Bernard & Crupat, 1994). Для современной консумеристской культуры также особенно характерна такая модель отношений, где пациент выступает как заказчик, а медицинские работники – как обслуживающий персонал. Заметим, что ни та ни другая позиция не могут способствовать эффективному лечению хронических заболеваний.

А. Клейнман (Kleinman, 1988) отмечает, что в современной медицине принято рассматривать пациента как активного участника лечебного процесса, однако на практике врачи не готовы предоставить больному полную самостоятельность. Это находит свое выражение в их двусмысленных рекомендациях пациентам. Так, больного, страдающего хронической почечной недостаточностью, побуждают быть инициативным, однако как только состояние пациента ухудшается, его просят полностью довериться врачам и начинают упрекать в излишней активности.

Сам по себе первый контакт больного с врачом может привести к избавлению от тревоги или, наоборот, вызвать ее усиление. В частности, это происходит, если доктор слишком акцентирует некоторые вопросы (например, о случаях смерти от рака среди родственников), высказывает безапелляционные (и не всегда обоснованные) суждения о диагнозе, которые часто непонятны больному и вследствие этого истолковываются им превратно. Подобные факты подробно описаны в книге Р.А.Лурия «Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания» (1977). О первом впечатлении, которое производит врач на больного, можно прочесть в романе М.А. Булгакова «Мастер и Маргарита»:

> **«Неожиданно открылась дверь в комнату Ивана, и в нее вошло множество народа в белых халатах. Впереди всех шел тщательно, по-актерски обритый человек лет сорока с приятными, но очень пронзительными глазами и вежливыми манерами. Вся свита оказывала ему знаки внимания и уважения, и вход его получился поэтому очень торжественным. «Как Понтий Пилат!» - подумалось Ивану.**
> **Да, это был, несомненно, главный. Он сел на табурет, а все остались стоять.**
> **- Доктор Стравинский»**

Обратите внимание, как манеры и внешний вид Стравинского подчеркивают его высокое положение и научные заслуги.

На удовлетворенность пациента процессом лечения влияет восприятие компетентности врача, однако иногда профессионалом пациент признает того, кто оправдывает его ожидания, говорит то, что он хотел бы услышать. Многие пациенты недовольны общением с врачом потому, что он редко на них смотрит, не выслушивает до конца, занят заполнением истории болезни.

«Мой доктор и двое юнцов сидели за столом и смотрели на меня. Мне пододвинули стул. ...А дальше я должен был отчитываться в том, что со мной приключилось. Как можно короче, s'il vous plait. Господам некогда. Мне сделалось не по себе. Юнцы оглядывали меня с высокомерным профессиональным участием, которому их учат. Мой знакомый доктор ...улыбался рассеянно. Я думал, я расплачусь» (Р. М. Рильке. Записки Мальте Лауридса Бригге. Спб., 2000, С. 49).

Отношения между врачом и пациентом можно рассматривать как разновидность политических отношений. Ограничивая доступ больного к информации, врач тем самым сохраняет за собой власть и право принимать решения (Waitzkin, 1985; Freidson, 1970). Возможно, эти предположения имеют под собой реальную почву. По крайней мере врач не сообщая пациенту всей информации, избавляется от необходимости обсуждать с ним детали лечения, и, кроме того, профессиональный жаргон позволяет ему быть менее эмоциональным, его ошибки не сразу становятся заметными:

- Я вынужден буду говорить в Минздраве о порядках в этой клинике. Я ухожу отсюда. Никто не интересуется, никто диагноз не ставит!
- Диагноз вам поставлен.
- Но ведь вы сказали – у меня не рак?.. Тогда объявите диагноз!
- Вообще мы не обязаны называть больным их болезнь. Но если это облегчит ваше состояние, извольте: лимфогрануломатоз.
- Так, значит, не рак!!
- Конечно, нет. Вы можете выписаться хоть сейчас. Но помните… Умирают ведь не только от рака (А. Солженицын. Раковый корпус. М., 1989).

Являются ли этот и другие представленные в этой главе художественные описания свидетельством нечуткости и жестокости врачей? Конечно же, причина не в этом, а в различии позиций врача и больного. Врач рассматривает болезнь как сочетание отдельных симптомов, а больной – как сочетание ощущений, эмоций, опасений, воспоминаний и т.п. У пациента болезнь «внутри», а врач наблюдает за ней «снаружи» (врач в отличие от пациента не страдает, не так захвачен эмоционально ситуацией и поэтому способен отнестись к симптомам более объективно). Медицинская модель, основанная на клиническом мышлении, призвана упрощать и организовывать работу врача. В силу необходимости она фокусируется в основном на пораженном органе, а не на личности. А. Барбур (Barbour, 1995) предлагает различать болезнь как комплексный феномен самочувствия и болезнь как медицинское понятие. Медицинский взгляд на болезнь чаще всего предполагает рассмотрение отдельного поврежденного органа, в лучшем случае – группы взаимосвязанных систем организма, в то время как «самочувствие» подразумевает *общее* ощущение тела. Главной целью врача в процессе постановки диагноза является поиск некоего морфологического субстрата, который поврежден физи-

чески или функционирует неправильно, т.е., жалобам пациента пытаются найти естественнонаучное объяснение.

Пациента, как писал К. Ясперс (1997), больше всего интересует ответ на вопрос: «Почему именно сейчас и именно со мной это случилось?». Научная медицина, рассматривающая болезнь как следствие многих совместно действующих факторов, может только предполагать, что послужило в конкретном случае причиной. Кроме того, в отличие от врачей многие пациенты интересуются последствиями болезни не столько для своего организма, сколько для их жизни в целом.

Ясперс (1997) предлагает различать осознание (часто неполное) болезни и ее постижение (как наличие правильного суждения обо всех симптомах и о недуге в целом). Осознание болезни – это не просто отражение пациентом своего состояния, но фактор, который может воплощаться в стремлении к болезни или во «внутреннем обязательстве быть здоровым» (с. 510). Как утверждает Ясперс, человек может одновременно отождествлять себя с больным органом и абстрагироваться от него, делая его объектом осознания.

Процесс диагностики, который часто совпадает с госпитализацией больного, может вызвать у него сильнейшее чувство смущения и вины:

> **«Когда ты снимаешь одежду, и обнажаешь свою наготу, твоим первым чувством является стыд. Стыд за то, как ты выглядишь. За то, что ты демонстрируешь интимную часть себя. За то, как медсестра и врач смотрят на тебя. За то, что ты ненормальный, не такой, как другие... Но медсестры и врачи кажутся такими бессердечными по отношению к тому, что ты чувствуешь. Иногда они продолжают разговаривать, пока я стою перед ними. Я не чувствую себя комфортно, когда женщина смотрит на мою кожу. Однажды они даже пригласили группу студентов-медиков. Это было хуже всего. Я чувствовал себя словно экспонат в кунсткамере» (Kleinman, 1988. P. 163-164).**

Так описывает свои переживания пациент, страдающий хронической экземой. Одни эти переживания могут заставить человека в дальнейшем избегать обращений к врачу. Так или иначе, диагноз наконец поставлен. Следует сразу отметить, что это бывает не всегда, например, при соматоформных расстройствах проходят годы с момента появления жалоб до момента правильной постановки диагноза.)

На этапе лечения как правило тревога уменьшается, поскольку возникает некая определенность, симптомы постепенно исчезают, однако эмоциональное состояние больного может и ухудшиться из-за усиления боли, особенностей самого диагноза, помещения человека в больницу, угрозы смерти или инвалидности. Остается открытым вопрос и о том, насколько вреден стресс для больного, и какие поведенческие реакции в данном случае являются наиболее адаптивными, т.е., способствуют выздоровлению. Поведение в стрессовой ситуации может направляться на вызвавшую стресс проблему

или же на вызванную стрессом негативную эмоцию. Как отмечают психологи, ценность активной или пассивной стратегии адаптации к стрессу (копинг-поведения) зависит от характера ситуации и от того, насколько поступки человека могут ее изменить. Подчеркивается также, что способность человека к пассивному копингу появляется позже в процессе онтогенеза (Folkman, 1984). Логика жизни как будто подсказывает нам, что больных надо беречь от стрессов, улучшать их настроение. Например, в Древнем Египте для этой цели врачи предписывали своим пациентам водные прогулки на фелюгах по Нилу, в прогулках их сопровождали певцы и актеры (Александер, Селесник, 1995). Негативные эмоции, в частности, тревога, могут спровоцировать возникновение вторичных симптомов, например, вызвать повышение артериального давления, учащение сердцебиения и др. Однако пока человек тревожится – он живет. Тревога является необходимым условием его адаптации к изменяющимся условиям, заставляет мобилизовываться для борьбы с обстоятельствами, быть внимательным к своему здоровью, выполнять предписания врача. Исследования показывают, что средний уровень тревоги способствует более быстрому выздоровлению (по сравнению со слишком низкой или слишком высокой тревогой). Самоуспокоение в некоторых случаях вредит больным.

Рассмотрим более подробно реакцию пациента на помещение его в больницу. Обычно медицинский персонал полагает, что «хороший» пациент должен выполнять все его требования и не быть слишком «навязчивым», ради собственного блага (Bernard & Crupat, 1994). Однако как далеко может зайти врач ради спасения жизни пациента? Споры об эвтаназии, о принудительном лечении и обследовании выявляют противоречивые взгляды на эту проблему. Процесс адаптации человека в больнице можно рассматривать как процесс деперсонализации, т.е., утраты пациентом полного имени, собственной одежды, свободы передвижения, свободы выбора соседей по палате, интимного пространства.

Как показывают исследования, многие пациенты затрудняются ответить, есть ли у них какие-то права. Пациенты с высокой потребностью в контроле, попав в больницу, ведут себя менее разумно. Они бунтуют против установленных там порядков:

«Стоило только переодеться под лестницей, проститься с родными и подняться в эту палату – как захлопнулась вся прежняя жизнь, а здесь выперла такая мерзость, что от нее еще жутче стало, чем от самой опухоли… И уже не выбрать было приятного, успокаивающего, на что смотреть… И уже не выбрать было, что слушать… Русанов лег, но уснуть все равно не мог. Теперь он понял, что успокоиться ему мешает режущий свет двух потолочных ламп.

- Молодой человек! Потушите-ка свет! – распорядился Павел Николаевич.

- Что значит – «потушите»? – зарычал Оглоед. – Укоротитесь, вы тут не один.

Павлу Николаевичу стало трудно дышать. Такого необузданного подчинения, такого неконтролируемого своеволия Павел Николаевич никогда не встречал» (А.Солженицын. Раковый корпус. М., 1989).

Когда больным предоставляется возможность хотя бы частично распоряжаться своей судьбой, их самочувствие улучшается, и контакт с ними налаживается гораздо легче (Lalljee, 1996).

В любом случае, если пациент ожидает, что врач сможет вернуть ему «прежнее состояние», он будет разочарован, поскольку врач чаще всего борется с болезнью, а не за «благополучие» больного. Многие методы лечения имеют нежелательные побочные эффекты. Врач, как правило, не заботится о том, что привычный образ жизни пациента изменился. Но для самого пациента этот устоявшийся образ жизни часто представляет гораздо большую ценность, чем здоровье. Лечение может привести к столь же сильной дезадаптации, как и болезнь.

Резюме

Если для врача болезнь предстает как совокупность синдромов, связанных, прежде всего, с биологическими факторами, то для больного она является характеристикой уникальной жизненной ситуации, в которой он оказался, и поэтому требует понимания с опорой на индивидуально-психологический и личностный смысл телесных процессов. Субъективные представления о болезни не могут и не должны соответствовать медицинским концепциям. Изучение психологии больного позволяет понять его реакцию на процесс лечения и оказать ему необходимую помощь в процессе адаптации к болезни. Важнейшим фактором, влияющим на успех терапии, являются взаимоотношения врача и пациента. Основными проблемами в этих взаимоотношениях являются чрезмерно авторитарная позиция врача, не позволяющая больному контролировать свою жизнь, недостаточное информирование пациента медицинскими работниками, игнорирование потребностей больного, не связанных с процессом лечения непосредственно.

Рекомендуемая литература

Асмолов А.Г., Марилова Т.Ю. Роль смены социальной позиции в перестройке мотивационно-смысловой сферы у онкологических больных //Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1985. № 12.

Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л., 1980.

Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.

Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.

Barbour A. Caring for Patients: A critique of the medical model. Stanford, 1995.

Bernard L.C., Crupat E. Health Psychology: Biopsychosocial Factors in Health and Illness. Harcourt Brace College Publishers, 1994.

Kleinman A. The Illness Narratives: Suffering, Healing and The Human Condition. USA, Basic Books, 1988.

ГЛАВА 13.
ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

Наши молодые люди одержимы манией здоровья… Белок, крахмал и азот они предпочитают пирогу с черникой и пышкам… Они боятся алкоголя в любом его виде. Да, сэр, боятся. Трусы!… И после всей этой канители они вдруг подхватывают какую-нибудь самую обыкновенную, старомодную болезнь.

Стивен Ликок.

Как мы показали в предыдущих главах, накоплено большое количество психосоматических теорий *возникновения* болезней. К сожалению, терапевтические подходы, которые на них основываются, являются недостаточно эффективными. Например, некоторые современные психоаналитики полагают, что психосоматическая терапия должна быть направлена не на телесные симптомы, а на представления пациента о своем теле (на образ тела). Психотерапия психосоматических расстройств может достичь максимального эффекта лишь в сочетании с фармакотерапией (Томэ, Кэхеле, 1996). Даже при работе с соматизированным расстройством, которое не связано с органическими повреждениями, не стоит обещать пациенту полного исчезновения симптомов (D.Sanders, 1996). Что же касается таких «типично психосоматических» недугов, как бронхиальная астма или ишемическая болезнь сердца, то они вызывают необратимые изменения в тканях организма и не могут быть излечены полностью. Следовательно, ученые должны направлять свои усилия на их предупреждение. Проблема *профилактики* заболеваний в психосоматике не разработана. Эффективность достаточно расплывчатых и немногочисленных рекомендаций практически не изучалась. Например, ежегодно публикуется большое количество работ относительно связи между «поведенческим типом С» и онкологическими заболеваниями, однако почти не встречаются работы, в которых рассматривалось бы влияние психологической коррекции данного поведенческого типа на здоровье человека в будущем.

В середине XX в. в США и Великобритании возникает самостоятельное научное направление – психология здоровья. Ученые, работающие в этой сфере, применяют психологические теории для совершенствования системы профилактики болезней и повышения эффективности соматической медицины. Они участвуют в разработке программ, способствующих изменению образа жизни, изучают психологические проблемы, связанные с лечением болезней, выявляют закономерности поведения человека в области здоровья.

1. Здоровый образ жизни и безопасное поведение

Разработка ***норм*** здорового образа жизни, рекомендаций, которые могут помочь человеку сохранить свое здоровье входят в задачи особого направления медицины - валеологии. К сожалению, эти рекомендации часто имеют чрезмерно общий характер, в них не учитываются ни биологические, ни социально-психологические различия между людьми (Marks et al., 2000). Критика в адрес валеологии исходит не только от психологов, но и от врачей:

> **«Валеологическая модель из-за однообразия критериев имеет казарменный вид, что делает ее эмоционально непривлекательной... Здоровый образ жизни в принципе не может и не должен быть идентичным» (Гундаров, Полесский, 1993. С. 25-26).**

Тем не менее эмпирические данные подтверждают важность соблюдения многих валеологических норм. Как показало лонгитюдное исследование, проведенное в США, отказ от курения, незначительное потребление спиртного, нормальный сон, потребление в пищу продуктов с низким содержанием холестерина, регулярная физическая активность способствуют увеличению продолжительности жизни в среднем на десять лет (Barbour, 1995). Кроме того, необходимыми условиями сохранения здоровья являются регулярные обследования у врача (измерение артериального давления, уровня холестерина в крови, маммография, стоматологический контроль и т.п.), использование средств индивидуальной защиты от СПИДа и венерических инфекций.

Следует отметить, что представления о здоровом образе жизни отличаются недостаточной определенностью не только в валеологии, но и в психологии. В современной научной литературе встречается несколько терминов, так или иначе характеризующих активность человека, влияющую на его здоровье:

- безопасное поведение (safety behavior);
- здоровое поведение (health behavior);
- «здоровый» стиль жизни (healthy life style);
- рискованное поведение (risk behavior);
- здоровый образ жизни.

Первые два понятия («безопасное» и «здоровое» поведение) используются в англоязычных источниках для обозначения произвольного поведения, направленного на снижение риска несчастных случаев, поддержание хорошего здоровья и предотвращение болезней. Фактически они являются синонимами, хотя понятие «безопасное поведение» охватывает более широкий круг явлений: соблюдение правил дорожного движения, личной безопасности (как не стать жертвой преступления), защита от неблагоприятного воздействия окружающей среды (см., напр., Bernard & Crupat, 1994). Рискован-

ное поведение – это поведение, осуществление которого представляет собой потенциальную угрозу здоровью и жизни человека. Например, превышение скорости, употребление наркотиков, курение и т.п. Обычно психологами рассматриваются отдельные виды безопасного поведения, а не их совокупность. Понятие «жизненный стиль», напротив, подразумевает относительно стабильный, повторяющийся набор разнообразных видов активности, более или менее подконтрольных субъекту (Carmody, 1997). В отечественной литературе более распространен термин «здоровый образ жизни». В отличие от стиля жизни (в наибольшей степени зависящего от самого человека) характеристиками образа жизни являются также особенности внешней ситуации, которые воздействуют на индивида (Лавриненко, 1999). Образ жизни, которого придерживается человек, не всегда зависит от его намерений.

Нетрудно сделать вывод, что наиболее реальной задачей психологии здоровья является выявление факторов, определяющих отдельные виды безопасного поведения, а не жизненный стиль или, тем более, образ жизни. Ее решением и занималась психология здоровья первые несколько десятилетий с момента ее выделения в самостоятельное направление. В современной психологии здоровья используются два основных подхода, которые можно определить как количественный (когнитивный) и качественный (постмодернистский).

2. Когнитивный подход в психологии здоровья

Этот подход направлен на выявление связи между безопасным поведением и когнитивными переменными: убеждениями, установками, представлениями. Разработанные в рамках когнитивного подхода модели относятся к классу моделей «ожидаемой пользы (ценности)». В них утверждается, что выбор возможных поведенческих альтернатив осуществляется осознанно и зависит от субъективной оценки привлекательности результата и вероятности его достижения. Модели ожидаемой пользы опираются на теорию статистических решений. В них не учитывается влияние на поведение эмоций и мотивационной сферы, вернее, единственным значимым (для предсказания безопасного поведения) мотивом признается мотив самосохранения, а наиболее значимой эмоцией – страх заболеть или умереть. Рассмотрим эти модели более подробно.

Модель убеждений. Ее создатели утверждают, что поведение человека определяется непосредственно его убеждениями, а именно:

1. Субъективно воспринимаемым риском возникновения болезни.
2. Оценкой последствий болезни.
3. Оценкой пользы, которую может принести безопасное поведение.

4. Оценкой материальной и психологической «стоимости» данного поведения (Stroebe & deWit, 1996).

Создатели модели полагают, что убеждения человека могут непосредственно реализовываться в его поведении. Они также называют дополнительные стимулы, которые могут на него повлиять: изменение состояния здоровья, кампания в средствах массовой информации. Однако, к сожалению, эти дополнительные стимулы мало исследовались, вернее, их влияние изучалось изолированно от влияния других переменных. Современные варианты модели убеждений используют такие промежуточные переменные, как пол, возраст, этническая принадлежность, социоэкономический статус, образовательный уровень, социальные воздействия, состояние здоровья (Strecher & Rosenstock, 1997). После нескольких лет исследований в модель были включены переменные «мотивация сохранения здоровья» и «самоэффективность» (восприятие своей способности успешно осуществить какие-либо действия). Выраженность мотивации самосохранения зависит от демографических и социальных характеристик. Самоэффективность влияет на упорство в осуществлении профилактических мер (Bandura, 1997).

В качестве метода, позволяющего изменить поведение людей, модель убеждений предлагает информирование о реальном риске возникновения заболевания и о возможных профилактических мерах, а также обучение навыкам принятия решений в области здоровья (Чарлтон, 1997). Подобная стратегия была использована М. Кретером и В. Стречером в эксперименте по изменению восприятия риска. Результаты показали, что точное восприятие риска способствует более выраженному безопасному поведению. Число испытуемых, бросивших курить через шесть месяцев после экспериментального воздействия, в группе с адекватным восприятием риска превышало таковое в группе «оптимистов» (Kreuter & Strecher, 1995). К сожалению, эффективность кампаний, основанных на апелляции к разуму потребителей, остается невысокой (см.: Wilson D. et al., 1995).

Результаты эмпирических исследований подтверждают значимость отдельных компонентов теории мотивации самосохранения для предсказания поведения. Одним из наиболее важных факторов, определяющих частоту самообследований по поводу рака и уровень информированности относительно данного заболевания, является воспринимаемая угроза (Katz et al., 1995), аналогичные данные получены для сексуального поведения (Lear, 1995). Поведение, направленное на профилактику рака кожи, наблюдается у тех людей, которые получили от своего врача необходимую информацию о мерах защиты и об индивидуальном риске (Jackson & Aiken, 2000). При изучении индивидуальных различий в выборе диеты была выявлена наибольшая значимость

для испытуемых женского пола воспринимаемой стоимости, а для мужчин – воспринимаемой угрозы здоровью (Schafer et al., 1995). Продемонстрирована важность переменной «воспринимаемые барьеры» для предсказания частоты самообследований груди (на предмет выявления опухоли, Han et al., 2000). Тем не менее по данным мета-анализа[1], не более 10% различий в поведении объясняется всей совокупностью элементов модели (Stroebe & deWit, 1996).

Теория целенаправленного поведения. Согласно этой теории безопасное поведение направляется интенциями (намерениями) и контролируется субъектом (Stalhberg & Frey, 1996). Намерение осуществить то или иное поведение определяется совместным действием трех факторов, которые можно определить как:

1. Аттитьюды в отношении данного поведения, а именно:
   - мнение индивида относительно того, приведет ли это поведение к желаемым результатам;
   - субъективно воспринимаемая ценность результатов.
2. Субъективные нормы в отношении поведения, которые подразделяются на:
   - мнение индивида о том, каких поступков ожидают от него «значимые другие»;
   - его желание соответствовать ожиданиям окружающих.
3. Воспринимаемый контроль над вероятностью наступления события и над собственной способностью тормозить или ускорять развитие данной ситуации (Sutton, 1997).

А. Эйзен, добавивший в теорию переменную «воспринимаемый контроль», предположил, что ее величина прямо влияет и на намерение индивида осуществить то или иное поведение, и на его поступки. Если человек полагает, что он способен контролировать свое поведение, то он будет прикладывать больше усилий к его осуществлению.

В отличие от модели убеждений в теорию М.Фишбейна и А.Эйзена включена переменная «субъективно воспринимаемые нормы относительно поведения». Опыт пропагандистских кампаний показывает важность этого компонента теории. Воздействие на аудиторию будет более сильным, если к изменению поведения призывают известные и пользующиеся авторитетом в обществе люди (Edelmann, 1995). Однако влияние данного фактора в основном демонстрировалось в исследованиях тех видов поведения, которые достаточно жестко контролируются обществом (имеются в виду курение, упот-

[1] Мета-анализ – это статистический анализ результатов совокупности исследований, проведенных по сходной методологии для проверки определенных моделей.

ребление алкоголя и наркотиков, поддержание привлекательной внешности). Так, низкий уровень образования связан с низким уровнем физической активности, что объясняется различием в социальных нормах (King, 2000). Пожилые люди, независимо от реального телесного статуса, рассматривают физическую активность как избыточную для себя, что также зависит от соответствующих социальных норм (Rainsford & Palisi, 1996). В то же время существует много других видов поведения, которые могут различно влиять на здоровье, но в отношении них социальные нормы не столь отчетливо выражены, или же вообще противоречивы. Это касается, например, частоты визитов в поликлинику, приема лекарств без назначения врача, выполнения режима лечения, соблюдения требований по ограничению скорости, вакцинации.

Теория целенаправленного поведения неоднократно подвергалась эмпирической проверке. Согласно полученным данным наиболее значимым для предсказания поведения и интенций является фактор «воспринимаемый контроль». Мета-анализ показал, что теория объясняет около 25% различий в поведении и около 50% различий в интенциях (Sutton, 1997).

В адрес теории М.Фишбейна и А.Эйзена высказывается довольно много критических замечаний. В частности, необходимо различать намерения субъекта осуществить данное поведение и его ожидания относительно того, что он будет делать. Например, подросток может предполагать, что в ближайшие пять лет он начнет курить, однако не планировать этого. Остается открытым вопрос о том, каким образом интенции связаны с поведением. Поступки человека могут определяться не только его интенциями, но и рядом других факторов, в частности, актуальным состоянием (эмоциональным фоном, наличием физических симптомов), особенностями ситуации, прошлым опытом. В соответствии с теорией ожидаемой пользы, все компоненты модели рассматриваются как «выгоды» или «издержки». С. Саттон полагает, что переменная «субъективные нормы» должна обладать особым статусом (там же). Критики также указывают, что теория проверялась с помощью чрезмерно сложного инструментария. В некоторых исследованиях испытуемым предлагалось проанализировать потенциальные выгоды и издержки пятидесяти альтернативных видов поведения. В реальной же ситуации принятия решения человек редко рассматривает более десяти вариантов. При этом он обычно использует достаточно приблизительные критерии оценки пользы и стоимости, чтобы ускорить процесс решения. Таким образом, в теории не рассматривается реальный процесс принятия решения (за исключением, может быть, наиболее важных ситуаций выбора). Теория создана для предсказания вероятности изменений в поведении, но в ней практически не учитыва-

ется отношение человека к его поведению в настоящий момент. Наконец, предлагается различать кратковременное и долговременное безопасное поведение, поскольку они могут определяться различными психологическими факторами. Этот недостаток моделей ожидаемой пользы преодолевает теория Дж.Прохазки.

Транстеоретическая модель изменений в поведении. В отличие от предшествующих данная модель позволяет предсказать не только решение, но и последующее поведение. Необходимо различать факторы, которые инициируют деятельность, и факторы, способствующие ее продолжению (Prochazka, 1994). Модель в основном описывает процесс отказа от вредных привычек или же другую долговременную активность, требующую от человека больших усилий. Дж.Прохазка утверждает, что в осуществлении безопасного поведения можно выделить пять стадий:

1. Предварительного размышления (отдельные, неоформленные и недостаточно серьезные мысли об изменении поведения).
2. Серьезных размышлений по поводу изменения поведения.
3. Подготовки к изменениям.
4. Попыток изменения.
5. Поддержки изменений.

Модель подразумевает возможность возврата с любой стадии на первую, что особенно отчетливо видно на примере отказа от курения. Около 80% курильщиков снова начинают курить в течение первых двух лет (Каплан, Сэдок, 1998). Стадии, которые выделил Прохазка, взаимно исключают друг друга (в определенное время человек находится на строго определенной стадии). Прохазка также утверждает, что обычно поведение развивается от первой стадии к пятой. Для того, чтобы поддерживать изменения в поведении и переходить с одной стадии на другую, человек использует различные когнитивные процессы, такие как:

- усиление осознавания (накопление информации об «Я» и об актуальной проблеме);
- переоценка «Я» в связи с актуальной проблемой;
- контробусловливание;
- поиск альтернатив текущему (проблемному) поведению;
- контроль над стимулами;
- использование подкреплений (самоподкрепление или поиск подкреплений со стороны окружающих).

Предполагается, что на каждой стадии используются специфические когнитивные стратегии. Например, для пятой стадии (поддержание достигнутых изменений) в основном характерны контроль над стимулами и проти-

вообусловливание, для четвертой, на которой начинаются реальные изменения, – поиск подкрепления. Эти когнитивные процессы обеспечивают прогрессивное движение от стадии к стадии. Воспринимаемая самоэффективность также учитывается в данной модели (она связана с описанными выше вспомогательными процессами) (Marks et al., 2000).

Эмпирическая проверка модели показала, что деление на стадии, которое предложил Дж.Прохазка, является достаточно условным. Не удалось подтвердить и предположение о том, что, совершенствуя свое поведение, человек последовательно проходит все пять стадий. Видимо, больше соответствует реальности следующее утверждение: нахождение индивида на пятой стадии подразумевает, что когда-то (в течение своей жизни) он побывал на четырех предыдущих (но не обязательно проходил их подряд, без временных интервалов между ними, Sutton, 1997a). Гипотеза Дж.Прохазки относительно различий в эффективности определенных видов психологической помощи в зависимости от стадии также не имеет достаточного эмпирического подверждения.

Модель больше подходит для описания идеального процесса коррекции поведения, например, такого, который планируют профессионалы при разработке программы лечения от наркотической зависимости. Однако несомненным достоинством модели является рассмотрение поведения в динамике и указание на ментальные процессы, которые способствуют полезным изменениям. Тем не менее она излишне рационалистична и не учитывает наличия когнитивных процессов, которые препятствуют изменениям; например, – тенденция откладывать все «на потом», или неадекватная самооценка.

Теории рискованного поведения. Стремление людей минимизировать ущерб от собственных действий можно назвать одним из фундаментальных свойств человеческой природы. Однако каждый человек в течение своей жизни неоднократно подвергает себя физическому, экономическому и другим видам риска. В отличие от теорий безопасного поведения, в которые имплицитно заложена идея о безусловной ценности сохранения здоровья, теории рискованного поведения основываются на допущении, что в определенные периоды жизни и в определенных обстоятельствах рискованное поведение является не только привлекательным, но, возможно, и единственно приемлемым.

Наиболее часто предлагаются следующие объяснения рискованного поведения: недостаточные знания о здоровье и отсутствие необходимых когнитивных навыков принятия решения; эмоциональные расстройства; низкий социально-экономический статус; психическое и биологическое взросление;

отсутствие других возможностей для самовыражения. Рассмотрим последовательно эти гипотезы.

Что касается объяснения рискованного поведения с позиций информационного и/или когнитивного дефицита, то оно является приемлемым лишь частично. Действительно, многие авторы отмечают, что молодые люди обладают недостаточным запасом знаний о своем здоровье и о методах его сохранения. Кроме того, из-за отсутствия жизненного опыта они просто не могут представить последствия некоторых своих действий. Например, подростку довольно трудно самостоятельно оценить, как изменит его жизнь нежелательная беременность, хроническое заболевание и тому подобные события. Однако во многие другие возрастные группы также недостаточно хорошо информированы об основных видах риска (Irvin, 1993; Perloff, 1987). По данным опроса, проведенного Институтом социологии РАН, 40% респондентов затруднялось ответить, как конкретно курение влияет на организм человека («Отношение...», 1993).

Некоторые авторы рассматривают рискованное поведение в юношеском возрасте как следствие эмоциональных нарушений (Pulkinen, 1995). Подобные взгляды можно считать социально обусловленными (если поведение человека отличается от среднестатистического, значит, он психически неуравновешен). Для западной психологии также является типичным приписывать рискованное поведение индивидам с низким социально-экономическим статусом. Однако при этом не учитывается тот факт, что с повышением социального статуса человека негативная информация о нем становится все менее доступной для исследователя.

Более перспективными представляются альтернативные объяснения рискованного поведения. Так, Ч. Ирвин предлагает рассматривать его как неотъемлемую характеристику процесса социализации. Он выделяет в этой связи четыре этиологических фактора: когнитивные навыки, особенности самовосприятия, социальное окружение, ценности, на которые ориентируется человек. Неустойчивая самооценка, а также неадекватные когнитивные стратегии способствуют заниженному восприятию риска. Такие ценности, как автономия, контроль, и давление группы сверстников усиливают готовность к рискованному поведению (Irvin, 1993).

По мнению других авторов, рискованное поведение подростков обусловлено процессами биологического созревания, в частности, измененением гормонального фона. М.Цукерман полагает, что опасные действия вызваны стремлением к острым ощущениям (там же).

В некоторых случаях рискованное поведение является единственным способом добиться поставленных целей. Во-первых, невозможно с абсолют-

ной точностью предсказать последствия каждого поступка, во-вторых, если вовсе отказаться от рискованного поведения, то выигрыш может оказаться минимальным. Л.Лопес утверждает, что рискованное поведение зависит от уровня притязаний и от того, насколько у человека выражена потребность в безопасности. Люди, склонные к риску, характеризуются тенденцией при рассмотрении возможных последствий своих поступков фокусироваться на положительных моментах, а люди, склонные к избеганию риска, в большей степени фокусируются на отрицательных моментах (Lopes, 1997).

Можно также рассматривать стремление к риску как стремление к реализации важных для личности мотивов. У.Гарднер полагает, что молодежь рискует больше, чем взрослые потому, что ей необходимо на собственном опыте проверить свои способности. Подростки представляют жизненные перспективы недостаточно ясно, поэтому, по мнению У.Гарднера, они не склонны к «инвестициям в будущее» (Gardner, 1993. P. 67).

В некоторых случаях рискованное поведение является попыткой подростка установить контроль над окружением. Если человеку не предоставляются другие возможности для проявления своей власти и самостоятельности, он может устанавливать контроль над окружающими людьми с помощью насилия («Applying...», 1993).

К наиболее важным факторам рискованного поведения можно отнести культурное влияние, воздействие со стороны ближайшего социального окружения, потребность в автономии и контроле, недостаточный жизненный опыт, слабо развитые когнитивные навыки, гормональные процессы в организме.

Итак, поскольку во все модели безопасного и рискованного поведения входят факторы «воспринимаемый риск» и «воспринимаемый контроль», рассмотрим их значение более подробно.

2. Воспринимаемый риск

Эмпирические исследования свидетельствуют о нелинейности связи между воспринимаемым риском и поведением. Индивиды, вовлеченные во вредные для здоровья виды активности, достаточно хорошо осведомлены об опасности, которой они подвергаются (Weinstein & Nicolich, 1994).

Чтобы уточнить влияние воспринимаемого риска на поведение, необходимо рассмотреть следующие вопросы:

1. Может ли человек правильно оценивать риск?
2. Какие когнитивные стратегии используются для оценки риска?

3. Достаточно ли мотивирован человек, чтобы получать информацию о риске и использовать ее для принятия конкретного решения?

4. Всегда ли человек стремится к уменьшению риска?

Объем и точность знаний «наивных» людей об основных факторах риска являются недостаточными, несмотря на доступность подобного рода информации.

С. Уилкокс и М. Стефаник исследовали представления женщин средней и старшей возрастной групп о наиболее распространенных заболеваниях. Около 70% испытуемых имели достоверную информацию о раке и лишь 50% - о заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Оказалось, что более высокому восприятию риска конкретного заболевания способствует наличие такого недуга у кого-либо из родственников (Wilcox & Stefanick, 1999).

Н. Уэнстайн, изучая индивидуальные способы оценки риска, выявил и описал феномен «неоправданного оптимизма» или «иллюзии неуязвимости». Он утверждает, что люди имеют склонность занижать вероятность наступления неприятных событий и преувеличивать свои возможности справляться с их последствиями. Неоправданный оптимизм обнаруживается как в отношении проблем со здоровьем, так и в отношении семейных и другого рода неприятностей (см.: Perloff, 1987). Иллюзии неуязвимости особенно подвержены люди, которые ранее не сталкивались с трагическими и страшными событиями. Тем не менее, из этого правила есть исключения. Например, в отношении рака обнаруживается как неоправданный оптимизм, так и неоправданный пессимизм (т. е., человек преувеличивает вероятность заболевания). Испытуемые склонны также завышать оценки риска автокатастроф (Kreuter & Strecher, 1995). Б. Фишхофф отмечает тенденцию к преувеличению малых вероятностей событий и недооценке больших вероятностей (Fischhoff, 1997).

Н.Уэнстайн пришел к выводу, что неоправданный оптимизм может возникать и поддерживаться вследствие таких когнитивных ошибок, как:

1. *Неадекватный выбор объекта* для сравнения. «Оптимист» сравнивает свой риск с риском гипотетического «среднего» человека, не обладающего заметными достоинствами. Если предложить ему выбрать для сравнения кого-нибудь из своих ближайших знакомых, например, лучшего друга, одного из родителей, неоправданный оптимизм обычно исчезает, ведь человеку свойственно желать, чтобы близкие люди были так же защищены от неприятностей, как и он сам. Интересно, что в тех случаях, когда требовалось сравнить себя с кем-либо из знакомых, испытуемые выбирали того, кто был более уязвим.

2. *Эгоцентрическая направленность внимания*. Обычно в процессе оценки риска испытуемый не думает о том, делают ли для сохранения своего здоровья что-нибудь другие люди (т. е. полагает, что лучше заботится о себе,

чем окружающие). Поэтому одним из способов борьбы с иллюзией неуязвимости Н.Уэнстайн считает информирование о повсеместно применяемых профилактических мерах.

3. Иногда неоправданный оптимизм или пессимизм возникают в конкретном исследовании как артефакты, связанные с *некорректной постановкой вопросов*. В обыденной жизни немногие задумываются о риске заболеть. Испытуемым нужно сообщать о характеристиках конкретной ситуации. Например: «Каков для вас риск заболеть гипертонией, если ваш вес останется прежним? (или: «…если вы поправитесь на 5 кг?»). Многие авторы возражают против того, чтобы испытуемым предлагалось оценивать возможный риск в количественном выражении, или даже как «выше среднего» или «ниже среднего». В реальной жизни люди редко используют подобные категории для оценки риска. Ответы испытуемых также зависят от предварительно сообщаемой им информации, которая может искажать восприятие риска (цит. по Perloff, 1997).

Д. Каннеман и А. Тверски (2000) описали несколько стратегий оценки риска, которые человек использует в обыденной жизни (так называемую «наивную эвристику»). В частности, они отметили, что при оценке риска индивид опирается на правила доступности и репрезентативности. Правило доступности означает, что как самый вероятный будет оцениваться легко припоминаемый исход. Использованием этого правила можно объяснить пессимистические оценки риска попасть в дорожно-транспортное происшествие или заболеть раком. Эти причины нетрудоспособности и смерти часто упоминаются в повседневных разговорах и в средствах массовой информации.

Правило репрезентативности отражает склонность людей учитывать при оценке степени риска характерные описания соответствующих ситуаций и людей, которые в них задействованы. Если индивид имеет в своем распоряжении подобные специфические данные, он будет игнорировать даже доступные ему статистические показатели. Когда испытуемым предлагают оценить риск заражения ВИЧ-инфекцией для мужчины старше 60 лет, они определяют его как минимальный. Однако если добавить сведения о том, что мужчина является гомосексуалистом, риск начинает оцениваться как высокий. Склонность людей опираться в суждениях о здоровье на правило репрезентативности подтверждается и результатами исследований С. Бишопа (см.: Marks et al., 2000). В его эксперименте была выявлена тенденция к использованию при решении задач в области здоровья не столько информации медицинского характера, сколько представлений о личностных характеристиках типичного больного.

Можно указать и на другие не менее значимые факторы, способствующие искаженным оценкам степени риска. Согласно одной из гипотез, неоправданный оптимизм необходим для поддержания положительной самооценки и хорошего настроения, а также для устранения тревоги. Он является источником положительных эмоций. Оптимизм в отношении себя позитивно влияет на поведение и самочувствие онкологических пациентов (Heidrich et al., 1994), больных после пересадки сердца (Leedham et al., 1995). Даже если человек верно оценивает риск, это еще не значит, что он в состоянии его уменьшить. Поэтому, чем более серьезной является угроза, тем более выражен неоправданный оптимизм. Тенденция усреднения индивидуального риска, позволяющая тем самым «присоединиться» к массе людей, также имеет совершенно явный защитный характер. Если человек чего-то боится, ему хочется думать, что многие люди тоже боятся (Perloff, 1987). Таковы эмоциональные и мотивационные факторы, способствующие поддержанию феномена неоправданного оптимизма.

Достаточно сложно ответить на вопрос о том, как воспринимаемый риск влияет на поведение. Первые исследования, посвященные этой проблеме, были выполнены в лабораторных условиях и опирались на теорию статистических решений (Lopes, 1997). В ней рискованное действие определяется как действие, последствия которого неясны для индивида (т. е. могут привести и к успеху, и к неудаче). Поэтому наиболее распространенной моделью экспериментальной ситуации является модель лотереи. В конкретном исследовании успех и неудача связываются либо с денежным выигрышем (проигрышем), либо с решением какой-либо задачи. Широко известна модель выбора риска Д. Мак-Клиланда и Дж. Аткинсона, которая была использована при создании теорий безопасного поведения. Модель справедлива для тех случаев, когда результат деятельности может лишь изменить самооценку индивида, т. е. вызвать у него чувство гордости или стыда, и, в основном, зависит от его способностей (Козелецкий, 1979).

Привлекательность выигрыша, а значит, и тенденция выбирать тот или иной вид поведения, равна произведению ожидаемой пользы на вероятность события. Позже в модель была включена переменная «личностная диспозиция», которая отражает стремление индивида к достижению успеха или к избеганию неудачи. Испытуемые с выраженной тенденцией избегать неудачи в основном выбирают задачи низкой и высокой сложности, в то время как испытуемые с выраженной тенденцией к достижению успеха обычно выбирают задачи средней сложности (Lopes, 1997).

Последующие эксперименты с целью проверки модели показали, что она наилучшим образом описывает какую-либо долговременную стратегию

поведения, а не последствия единичных решений индивида. Модель неоднократно критиковали за использование не субъективно воспринимаемой, а объективной вероятности. Ю. Козелецкий (1979) указывает на необоснованность предположения о том, что ценность результата зависит от вероятности его достижения. Субъективная ценность результата познается в сравнении с актуальным состоянием человека (Lopes, 1997). Модель достаточно сложно применять для исследований безопасного поведения, поскольку нельзя соотнести ценность сохранения здоровья с денежным выигрышем. Вопрос о реальном риске возникновения тех или иных проблем со здоровьем является неразработанным и в медицине. Вероятность наступления некоторых исходов после единичных действий ничтожно мала, других – не поддается точной оценке.

Возможно, опасное поведение вообще не связано с ошибочным восприятием риска. З.Фрейд (1990) считал, что оно может служить средством разрешения неосознаваемых конфликтов. Удовольствие, которое человек получает от потенциально опасных действий, вообще игнорируется в психологии здоровья.

Кроме того, в большинстве исследований воспринимаемый риск измеряется одновременно с поведением. Однако у человека, который оценивает свой риск как высокий, должно быть время для того, чтобы изменить свой образ жизни. Видимо, существует двусторонняя связь между воспринимаемым риском и поведением: изменения в поведении тоже могут приводить к изменениям в восприятии риска, поэтому в группе испытуемых с выраженным безопасным поведением может быть много таких людей, которые оценивают свой риск как небольшой (Weinstein & Nicolich, 1994).

Существует несколько методов определения риска и соответственно несколько его разновидностей, в частности абсолютный и относительный риски. Абсолютный риск – это вероятность возникновения конкретного заболевания для любого человека. Относительный риск высчитывается на основе сравнения шансов заболеть для индивидов, подвергающихся воздействию какого-либо конкретного фактора риска, и для индивидов, которые не подвержены данному риску. Например, риск заболеть раком легких для курящих в несколько раз выше по сравнению с некурящими людьми. Исходя из этого, необходимо сообщать людям из группы наибольшего риска информацию об относительном риске (Edelmann, 1995).

Н.Уэнстайн и М.Николич отмечают, что применительно к проблеме сохранения здоровья, следует говорить не о стремлении к пользе, а о стремлении к благополучию и к психологическому комфорту (Weinstein & Nicolich, 1994).

На основе проведенного анализа можно сделать следующие выводы относительно возможности использования переменной «воспринимаемый риск» в моделях безопасного поведения:

- как правило, человек не в состоянии адекватно оценить индивидуальный риск в отношении конкретного заболевания. Данный факт можно объяснить своеобразными когнитивными стратегиями, которые используются для оценки риска («наивная эвристика»), отсутствием мотивации к осознанию актуального риска и недостаточным объемом знаний о здоровье;
- утверждение о том, что высокий воспринимаемый риск побуждает человека к модификации опасного поведения, не вполне подтверждается эмпирическими данными. Это связано с несовершенством моделей выбора риска, с привлекательностью опасного поведения для некоторых индивидов, а также с тем, что в большинстве исследований воспринимаемый риск измеряется одновременно с поведением.

4. Воспринимаемый контроль

Включение переменной «воспринимаемый контроль» в теории безопасного поведения способствовало увеличению их предсказательной способности. Тем не менее влияние воспринимаемого контроля на поведение, самочувствие и здоровье человека не всегда позитивно. С одной стороны, утверждается, что индивид с выраженным восприятием контроля прилагает больше усилий для достижения цели, оптимистически настроен и уверен в себе, внимателен к новой информации. С другой стороны, имеются данные о негативном влиянии воспринимаемого контроля (далее – ВК) на самочувствие и поведение, а также об отсутствии связи между ВК и поведением. В главе 9 мы уже отмечали, что понятие «воспринимаемый контроль» недостаточно разработано в психологии, а также указывали на патологическое самоманипулирование как один из возможных факторов развития соматоформных расстройств.

Наиболее часто в качестве факторов безопасного поведения называются такие понятия, как самоэффективность, локус контроля, воспринимаемый контроль.

Самоэффективность (А.Бандура) – это восприятие человеком своей способности успешно решать определенную задачу (Bandura, 1997). Оно особенно важно в тех случаях, когда осуществление деятельности сопряжено с большими трудностями. В исследованиях безопасного поведения этот фактор наиболее значим для предсказания регулярной физической активности, отказа от курения, соблюдения сложного режима лечения, изменений в ра-

ционе питания. Самоэффективность способствует более упорному преодолению препятствий на пути к цели. Ее можно также назвать «верой в собственные силы», «восприятием собственной компетентности». Интенсивность переживания самоэффективности зависит от социальных ресурсов, которые доступны человеку (Bandura, 1997; Schwarzer & Renner, 1995).

Помимо того, что самоэффективность способствует безопасному поведению, она также влияет на состояние здоровья посредством физиологических механизмов. А.Бандура утверждает, что восприятие проблемной ситуации как подконтрольной человеку приводит к физиологическому возбуждению, характерному для положительных эмоций (азарта, радости, интереса). Это активизирует работу иммунной системы, усиливает чувство оптимизма, способствует более энергичной деятельности (подробнее о положительных эффектах физиологического возбуждения говорилось в главе 4).

В теории субъективной локализации контроля Дж.Роттера первоначально описывались интеральный и экстернальный локусы контроля, которые рассматривались как глобальные характеристики личности. Однако эта точка зрения не была подтверждена исследователями. Локус контроля изменялтся в зависимости от конкретной ситуации. Впоследствии К.Уоллстон разработал многомерную шкалу локуса контроля. В ней экстернальность измерялась с помощью двух шкал: «Приписывание контроля другим людям» и «Приписывание контроля судьбе» (Wallston, 1997). К сожалению, в сфере исследований безопасного поведения эти идеи не получили должного развития. Интернальность и самоэффективность по-прежнему рассматриваются как монолитные факторы, без попытки их дополнительного уточнения.

Дж. Роттер и его последователи утверждают, что интернальность связана с большей интенсивностью профилактических мер и высоким уровнем душевного здоровья (Первин, Джон, 2000). Однако индивиды с внутренней атрибуцией ответственности хуже приспосабливаются к тем ситуациям, где их свобода существенно ограничена, например, в больнице, в доме престарелых (Perloff, 1987). В некоторых случаях у них наблюдается более высокий уровень тревоги и депрессии (Nemeroff, Midlarsky, 2000).

В настоящее время все более часто вместо термина «локус контроля» используется термин *«воспринимаемый контроль»*. В этом последнем понятии можно выделить по меньшей мере два компонента:

1. *согласованность поведения и его последствий*; отражает субъективную оценку вероятности того, что действия приведут к желаемому результату;

2. *компетентность*, т. е. оценка собственной способности осуществить такие действия. Этот аспект воспринимаемого контроля весьма близок понятию самоэффективности.

Согласованность является важным условием психологического благополучия и удовлетворенности жизнью. Теория выученной беспомощности М. Селигмана описывает негативное влияние на поведение, психическое и физическое здоровье человека тех стрессовых ситуаций, в которых индивид не может установить связи между своими действиями и изменением окружающей обстановки. Состояние выученной беспомощности по характеристикам близко к хронической депрессии, оно выражается не только в пассивности, но и в угнетении физиологических функций. Неудивительно, что выученная беспомощность рассматривается как один из компонентов «поведенческого типа С», который, по мнению некоторых специалистов, может способствовать возникновению онкологического заболевания.

С. Карвер и С. Харрис указывают на важность умения предсказывать результат, учитывая и персональный контроль, и внешнюю ситуацию. Наибольшее значение имеет не личная ответственность, а уверенность человека в возможности достижения цели. Исследование пациенток, страдающих раком груди, показало, что их вера в выздоровление была связана с более хорошей эмоциональной адаптацией, независимо от воспринимаемого контроля. Осознание своей ответственности важно в том случае, когда желаемый результат может быть достигнут за счет активных действий и значительных усилий. В тех ситуациях, когда результат не определяется деятельностью субъекта, воспринимаемый контроль нежелателен (Carver & Harris, 2000). Так, при наличии неизлечимого хронического заболевания воспринимаемый контроль способствует появлению тревоги, ухудшению состояния, разочарованию в себе (Barbour, 1995). С другой стороны, люди с тяжелыми заболеваниями нуждаются в ощущении персонального контроля для более эффективной борьбы с недугом. Поэтому они часто отказываются от биологической терапии в пользу альтернативных методов лечения, которые представляют пациентам большую свободу действий.

И.Ялом, анализируя проблему свободы и ответственности в области здоровья, указывает на необходимость точной оценки своих способностей и принятия ответственности лишь за соизмеримые с ними результаты. Он критикует «психогенную» концепцию рака О. Симонтона (см. главу 7), в которой онкологическое заболевание связывается с состоянием выученной беспомощности. Принятие полной ответственности за свое физическое состояние не помогает его улучшить, а лишь вызывает чувство вины. Однако «почти любая болезнь позволяет человеку множеством способов участвовать в

своем лечении» (1999, с. 310). Ялом разработал специальную психотерапевтическую программу, которая помогает онкологическим больным усилить ощущение власти и контроля в отношениях с врачом. Пациенты учатся претендовать на время врача, требовать от него сообщать важную для них информацию, отстаивать свое право выбора, в том числе и право на отказ от бесполезного лечения.

Важно понимать, что в моделях безопасного поведения речь идет именно о *воспринимаемом* контроле. Оценка человеком своих способностей может быть неточной. Можно наззвать несколько причин, способствующих ошибочному восприятию контроля. Стремление же к контролю – одно из наиболее важных для человека. Умение управлять собственной жизнью обеспечивает определенную степень независимости от социальной и биологической реальности. Человек стремится ощущать свой контроль над ситуацией даже тогда, когда ее исход очевидным образом определяет случай (зависит от стечения обстоятельств) (Козелецкий, 1979). Иногда для сохранения чувства контроля достаточно осознавать свою способность предсказывать появление события. Жертвы несчастных случаев или преступлений склонны винить себя за то, что с ними случилось. Этот феномен можно объяснить их желанием восстановить утраченный контроль над ситуацией. Если человек считает свои действия причиной события, он может изменить поведение и избежать повторения несчастного случая (Stephenson, 1996). Пациенты с онкологическими заболеваниями создают собственные теории причин болезни, в которых большая роль отводится их собственной активности или поведению близких. Смысл подобных наивных теорий заключается в устранении тревоги и включении болезни в более широкий жизненный контекст.

Несмотря на то, что ошибочное восприятие контроля иногда способно позитивно повлиять на самочувствие и усилить интенсивность безопасного поведения, во многих случаях оно, скорее, способствует или пренебрежению профилактическими мерами (Perloff, 1987), или формированию завышенных ожиданий относительно их эффективности (Первин, Джон, 2000). В результате человек либо оказывается не готовым к воздействию стрессовой ситуации, либо испытывает глубокое разочарование относительно собственных способностей. Концептуальный анализ понятия *воспринимаемый контроль* позволяет сделать вывод о том, что:

- необходимо дифференцировать различные виды воспринимаемого контроля в зависимости от степени адекватности его восприятия, способов осуществления и сферы приложения;
- несмотря на то, что в психологии здоровья в основном внимание исследователей было сосредоточено на позитивных эффектах воспринимаемого

контроля, во многих случаях этот фактор оказывает негативное воздействие на поведение и здоровье;

- негативное влияние воспринимаемого контроля на здоровье может быть обусловлено: а) неверной оценкой собственных способностей и характеристик ситуации; б) неадекватностью механизмов установления контроля (подменой регулирования – подавлением, ответственности – чувством вины, самостоятельности – нонконформизмом); в) тревогой, связанной с грузом ответственности; г) недостаточным количеством информации, необходимой для осуществления контроля;

- стремление человека к контролю над собственной жизнью является одним из основных, в то же время в области здоровья непрофессионалу из-за ограниченности знаний и особенностей медицинской системы реализовать данный мотив очень сложно.

4. Критическая оценка когнитивного подхода в психологии здоровья

Модели «ожидаемой пользы» во многом опираются на теорию статистических решений, чем можно объяснить трудность их применения для объяснения поступков человека в реальной ситуации (Lopes, 1997). Когнитивные процессы в рамках данных моделей признаются ведущими психологическими факторами, в то время как влияние эмоций и мотивационной сферы практически полностью игнорируется. В большинстве концепций безопасного поведения не принимается в расчет удовольствие, которое человек получает от той или иной активности (Mellers, 2000).

Когнитивный подход в психологии здоровья основывается на предположении о том, что принятие решений в сфере здоровья осуществляется независимо от других умозаключений. Описывая роль рекламы в регуляции поведения людей, Н. Паркинсон справедливо замечает:

> **«О том, как сильно распродажа товара может зависеть от продукции, никакого отношения к данному товару не имеющей, часто забывают… Издатель считает, что его конкуренты – другие издатели. На самом же деле он конкурирует с поставщиками парусных шлюпок, теннисных ракеток, игральных карт и лыж, т.е. со всеми, кто обеспечивает другие формы развлечения» (1989, с. 266).**

Значительное влияние на психологию здоровья оказала ее близость к медицине и использование последней в качестве своеобразного «эталона» научной дисциплины. Отсюда стремление психологов достичь в своих работах той же точности и объективности, которая присутствует, по их мнению, в естественных науках (Marks et al., 2000). На практике это выражается в чрезмерной формализации теоретических положений, в стремлении измерить и

математически выразить все элементы индивидуального поведения и мышления, а также отношения между ними. С одной стороны, такой подход позволяет максимально упростить дизайн исследования, а с другой – приводит к тому, что многие специфические и весьма интересные факты попросту игнорируются, поскольку они не попадают в концептуальные рамки соответствующих теорий или не улавливаются используемыми формализованными методиками. Анкеты (которые, к тому же, часто рассылаются потенциальным испытуемым по почте) состоят не более чем из десятка вопросов, подразумевающих однозначные ответы.

Западная психология здоровья основывается на парадигме «естественного стремления к благу», которое якобы свойственно каждому человеку. Предполагается, в частности, что ценность здоровья абсолютна. Однако существуют определенные направления человеческой деятельности, для которых риск и потери являются неотъемлемой частью ситуации и условием возможного выигрыша. Эмпирические данные свидетельствуют о том, что здоровье не всегда рассматривается испытуемыми как абсолютная ценность. Даже если здоровье и называется самым важным жизненным приоритетом, это не всегда отражается на поведении человека. Результаты социологического опроса, проведенного в России, свидетельствуют о незначительной связи между декларируемыми респондентами ценностями и их реальным поведением. Здоровье находится на третьем месте в ряду из 10 жизненных приоритетов (после работы и семьи); 76% опрошенных согласны, что о нем нужно заботиться всегда, но около 40% из них мешает осуществлять эту заботу отсутствие «силы воли и времени». Если добавить к этому количество респондентов, которые утверждают, что они заботятся о своем здоровье, а на самом деле этого не делают, картина станет близкой к реальности. Здоровье является своего рода «инструментальной» ценностью, т. е. средством достижения различных благ, например, материальных. В частности, 50% респондентов согласились бы работать на предприятии, где условия труда вредны для здоровья, естественно, за приличное вознаграждение («Отношение...», 1993).

Как и валеология, современная психология здоровья ориентирована на некое «идеальное», жестко заданное социальными нормативами поведение (Marks et al., 2000). Такие способы поддержания здоровья, как обращение к

альтернативной медицине, к религии, изменение эмоционального состояния игнорируются либо рассматриваются как малозначимые[1].

5. Представления о здоровье

Одним из важных ограничений «биопсихосоциальной модели», которая положена в основу современной когнитивной психологии здоровья, является ее ориентация на нужды медицины и на медицинские концепции. В результате, как мы уже отмечали в главе 12, единственно правильной и «адаптивной» признается научная точка зрения на способы сохранения здоровья, а роль субъективных концепций принижается. Однако точно так же, как внутренняя картина болезни является продуктом субъективного осмысления новой для человека ситуации (а не искажением медицинских факторов), представления о здоровье служат этой же цели.

Рассмотрим более подробно, в чем заключается специфика субъективных (наивных, обыденных) концепций здоровья. Если нас спросят, хотим ли мы быть здоровыми, то большинство ответит «да», однако значит ли это, что цели, которых мы хотим достичь, схожи?

В 1946 г. Всемирная организация здравоохранения предложила рассматривать здоровье как состояние полного физического, социального и душевного благополучия (Marks et al., 2000). Очевидно, что подобное определение является чрезмерно обобщенным и не может быть использовано в реальной ситуации диагностики и лечения. Скорее, оно фиксирует некий идеал, к которому нужно стремиться.

Задачей врача является устранение определенных симптомов и вызвавшей их причины, а также выяснение актуального состояния здоровья на основе объективных показателей. Поэтому «вместо обобщенного понятия болезни – которое есть всего лишь оценочное понятие – врач выдвигает множество понятий, относящихся к разным событиям и формам бытия» (Ясперс, 1997. С. 931-932). Болезнь в медицине часто определяют как отклонение от среднего, но не все усредненные состояния можно отнести к здоровью. Овладеть идеей «нормы» «в полной мере – значит познать жизнь до конца», - делает вывод К.Ясперс (там же, с. 933).

Не совсем понятно, какие критерии следует использовать для определения душевного и социального благополучия. Например, результаты исследований, посвященных субъективной оценке уровня стресса, свидетельству-

---

[1]Более подробно на эту тему см.: Health Psychology: Theory, Research and Practice / D.F.Marks, M.Murray, B.Evans, C. Wilig. – London; Thousand Oaks; New Delhi, 2000; Фролова Ю.Г.. Теоретические и практические проблемы современной психологии здоровья // Психологическая практика: проблемы и перспективы. Мн., 2002. С. 104-141.

ют о невозможности полностью доверять самоотчетам испытуемых (Steptoe, 1997). Ощущение благополучия не соотносится ни с наличием симптомов, ни с их выраженностью (Barbour, 1995; Тхостов, 2002).

Наконец современная медицина не предполагает четкого разграничения состояний здоровья и болезни, о чем свидетельствует широкое использование в клинической практике и научной литературе терминов «функциональное расстройство» и «предболезнь» (Исаев, 1991).

При анализе безопасного поведения невозможно опираться на медицинское определение здоровья не только вследствие его недостаточной конкретности, но и из-за несоответствия обыденным представлениям. Субъективное понимание здоровья изучается различными теоретическими направлениями. В отечественной психологии широко представлены уже рассмотренные нами в предыдущей главе исследования. Это работы, посвященные внутренней картине болезни и внутренней картине здоровья (Р.А.Лурия, В.В.Николаева, А.В.Квасенко, Ю.Г.Зубарев, В.Е.Каган и др.). Кроме того, некоторые российские психологи предлагают рассматривать представления о здоровье и болезни как мифы (А.Ш.Тхостов). В западной психологии эта проблема анализируется в рамках теории социальных представлений (К.Херцлих), а также теории когнитивных репрезентаций (прототипов) болезни и здоровья (Г.Левенталь, С.Бишоп, Ш.Тэйлор, К.Петри, Д.Турк). При этом восприятие болезни изучается гораздо более интенсивно, нежели восприятие здоровья.

На основе концепции *внутренней картины болезни* была разработана концепция «внутренней картины здоровья» (ВКЗ), которую В.Е. Каган определяет как «для-себя-знание о здоровье» (1993, с. 87). Он не считает, что здоровье в индивидуальном сознании обязательно должно противопоставляться болезни. Болезнь – это особое качество здоровья. ВКЗ может существенным образом повлиять на поведение индивида. В нее входят присущий личности когнитивный стиль, субъективный локус контроля, другие особенности психики, культурные стереотипы в отношении здоровья. Д.Н. Исаев рассматривает ВКЗ как составную часть самосознания. Представления человека о своем физическом состоянии формируются на основе информации, поступающей от соответствующих рецепторов (1993). Внутренняя картина здоровья начинает формироваться в детстве. Ее содержание отражает уровень развития мыслительных способностей. Аффективно насыщенные, фантастические представления о теле характерны для младшего периода детства (Броуде, 1990).

Р. Шонц в своих работах использует термин «образ тела», частично совпадающий по смыслу с понятием «внутренняя картина здоровья». Образ

тела состоит из нескольких уровней: схемы тела, телесного «Я» (чувства телесной самоидентичности), представлений о теле (которое может опираться даже на сны и фантазии), и наконец – концепции тела (формального знания о теле, которое выражается с помощью общепринятых символов). По мнению Р. Шонца, этот последний уровень, как правило, согласуется с системой научных представлений и служит регулятором поведения, направленного на предотвращение болезни (см.: Соколова, 1989).

Тем не менее обыденные представления о здоровье не должны и никогда не будут полностью соответствовать медицинским положениям.

В работах С. Московичи подчеркивается социальный характер обыденных представлений о здоровье. Наиболее известно в этом направлении исследование К. Херцлих. Она обнаружила, что люди воспринимают болезнь в виде внешней угрозы, в то время как здоровье, по их мнению, черпается из какого-то внутреннего резервуара. Здоровье связывается с такими качествами, как естественность (например, оно может укрепляться благодаря жизни «на природе»), включенность человека в систему социальных связей, активность. Оно оценивается, исходя из уровня трудоспособности. Хорошее здоровье – это то, что объединяет человека с другими людьми, болезнь – то, что делает его одиноким (Augoustinos & Walker, 1996).

Результаты более поздних исследований в данной области также показывают, что наивные определения здоровья связаны с ведущими мотивами, с системой приоритетов, свойственных данному человеку. Выделяются следующие дефиниции: «не-болезнь», «хорошая физическая форма», «резерв», «социальное благополучие». Обнаружено, что женщины в большей степени, чем мужчины склонны определять свое состояние в терминах межличностных отношений. К. Чемберлен продемонстрировал, что восприятие здоровья зависит также от того, к какому социальному классу принадлежит человек. Чем ниже социальное положение, тем больше у индивида выражена склонность рассматривать здоровье как необходимое условие для работы. Люди с высоким статусом чаще определяют здоровье как условие для разнообразного проведения досуга (Marks et al., 2000).

И биомедицинские, и обыденные определения здоровья имеют общую базу: они формируются на основе специфических культурных моделей, их содержание соответствует специфике исторической эпохи. В каждой культуре закреплены несколько конкурирующих представлений о здоровье. В монографии Д. Маркса с соавторами рассматриваются семь таких концепций: биологическая, межличностная, социополитическая, психологическая, астрофизическая, экологическая, моральная. В частности, моральная модель рассматривает здоровье как состояние человека с высокой нравственностью,

результат разумного образа жизни. Болезнь возникает из-за пренебрежения требованиями долга или моральными нормами. Для излечения необходимы исповедь, искупление грехов (Marks et al., 2000).

Некоторые ученые полагают, что в настоящее время в обыденном сознании моральная модель здоровья является доминирующей. В современной западной культуре моральное отношение к болезни и здоровью базируется на ценности автономии и индивидуализма, на понимании человеческой души как воплощенной в индивидуальном теле и на понимании языка тела как инструмента души. Моральный дискурс здоровья складывался постепенно, большую роль в его формировании сыграли христианские идеи (Круткин, 1993; Фуко, 1998). Он не утратил своего значения и после утверждения биомедицинской модели (болезнь как следствие нарушений в работе организма). Более того, в настоящее время моральная модель болезни все более тесно смыкается с биологической моделью.

Этому сближению в значительной степени способствовали изменения в системе здравоохранения, которые начали происходить в Европе в эпоху Просвещения. Медицина, по мнению М. Фуко (1999), начала приобретать черты института власти. Она стала «развиваться ...как знание о здоровом человеке, то есть одновременно об опыте не больного человека и определении идеального человека» (1998, с. 68), стало быть начала претендовать уже не только на право лечить, но и на право задавать образец здорового поведения. Усилилась роль государства в подготовке врачей и лечении больных. Система оказания медицинской помощи включила в себя некоторые дисциплинарные техники, характерные для данной эпохи. Причем, как утверждает Фуко (1999), власть медицины никогда не основывалась на грубом насилии, она опиралась и опирается на особый механизм – разделения, наблюдения, создания дисбаланса информации и контроля. Ее сила заключается в авторитете и исключительной (по сравнению с наивным пациентом) информированности врача (Болл, 1999; Канетти, 1999). Этот дисбаланс в объеме информации укрепляется и поддерживается за счет особых технологий, используемых в процессе лечения. Согласно эмпирическим данным, большинство пациентов полагает, что врачи и медицинский персонал не в полной мере информируют их об особенностях их состояния, а также включают в свою речь малопонятные слова (Petrie & Moss-Morris, 1997). Ограничивая доступ больного к информации, врач тем самым сохраняет за собой исключительное право принимать решения и не отвечать перед пациентом за свои ошибки. Он освобождается от необходимости обсуждать с больным детали лечения, профессиональный жаргон позволяет ему быть менее эмоциональным, отстраняться от травмирующей ситуации (Bernard & Crupat, 1994). При этом, обладая всей

необходимой ему информацией о пациенте, врач остается для последнего полностью «закрытым».

В наши дни система здравоохранения во многих странах финансируется государством, которое имеет возможность, используя особенности больничного лечения, всеобщую диспансеризацию, обязательную вакцинацию осуществлять «надзор, контроль и управление состоянием телесности каждого гражданина»: «даже в отношении к собственному здоровью суверенитет личности сплошь и рядом ограничен интересами общества» (Тищенко П.Д., 1990, С. 42). Соответственно, те люди, которые не подчиняются этой власти, объявляются «неразумными», «нерациональными», «неадекватными». Такая точка зрения сохранялась практически в неизменном виде до начала масштабных психологических исследований в области здравоохранения, начавшихся во второй половине XX в. Сегодня в психологии здоровья «неудобного» и «непослушного» пациента рассматривают, скорее, как человека, неудовлетворенного отношениями с врачом, самим процессом лечения.

Казалось бы, утвердившаяся в последние десятилетия биопсихосоциальная модель здоровья и болезни должна помочь в разрешении рассмотренных проблем. Тем не менее Дж. Огден, исследуя данную модель, пришла к выводу, что изменения, которые она привносит в биомедицинское понимание здоровья, скорее декларируемые, нежели реально осуществляемые, они достаточно механистичны и формальны. Наибольшее внимание уделяется биологическим причинам, а безопасное поведение в контексте этой модели рассматривается как моральный долг (Murray & Chamberlain, 1999; Marks et al., 2000).

И.М.Быховская отмечает, что, несмотря на постулируемый многими общественными институтами целостный подход к человеку, в современной постсоветской культуре укоренился «соматический негативизм» (1993, с. 5). Он выражается в равнодушии к физическому здоровью и в пренебрежении к телесному опыту.

6. Психосоциальные подходы к профилактике заболеваний и оценка их эффективности

В психологии здоровья выделяются три таких подхода:

1) информационный;
2) усиление чувства контроля;
3) подход коллективных изменений.

Информационный подход в наибольшей степени опирается на модели безопасного поведения, ранее рассмотренные нами. У него есть некоторые недостатки:

- под необходимой для принятия «правильного» решения информацией, которой должны быть обеспечены люди, в рамках данного подхода понимается медицинская информация, в то же время она имеет явно односторонний характер. Как мы уже отмечали выше (см. главу 1), в современной медицине доминирует многофакторная модель болезни, следовательно, одно лишь «безопасное» поведение не может гарантировать сохранение здоровья. Необходимо учитывать социоэкономические, экологические и генетические факторы;
- в отношении некоторых широко транслируемых в средствах массовой информации валеологических требований сами врачи не пришли к единому мнению. Это касается, например, таких факторов сохранения здоровья, как употребление в пищу продуктов с низким содержанием холестерина, использование защитных кремов для загара и т.п.;
- игнорируются промежуточные переменные, которые опосредуют влияние новой информации на поведение.

Подход усиления самоконтроля призван обучить людей навыкам разумного выбора из ряда поведенческих альтернатив и в результате усилить у них чувство, что именно они управляют своим здоровьем. В подходе широко используются когнитивно-бихевиоральные техники. Недостатки данного подхода заключаются в том, что большинство граждан не обладает достаточной властью для того, чтобы «делать выбор в пользу своего здоровья», кроме того, не всегда рациональный и моральный выбор – это выбор на пользу своему здоровью.

Подход коллективных действий основывается на привлечении общественных объединений, городских и сельских сообществ к решению проблем, которые могут привести к болезням. С одной стороны, такой подход обеспечивает большую точность интервенций, так как члены общины лучше знают свои нужды, с другой стороны, он основан на политических действиях и может вызвать конфликт интересов (Marks et al., 2000; Чарлтон, 1997).

Резюме

Когнитивная психология здоровья связывает безопасное поведение человека с такими факторами, как воспринимаемый контроль, воспринимаемая уязвимость, социальные нормы в отношении определенного поведения, представления о здоровье. В то же время недостаточно учитываются эмоциональные и мотивационные факторы. Основные положения психологии

здоровья тесно связаны с такими ценностями западной культуры, как самообладание (самоконтроль), успех, рациональность. При этом, выдвигая в качестве важнейшей своей задачи охрану здоровья человека, данное направление выполняет заказ социальных институтов: государства, системы здравоохранения. Все это неизбежно приводит к тому, что потребности отдельного человека начинают рассматриваться как подчиненные потребностям общества, а «борьба за здоровый образ жизни» вызывает неприязнь у значительного количества людей.

Рекомендуемая литература

Васильева О.С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: Эталоны, представления, установки. М., 2001.

Чарлтон Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни // Вопросы психологии. 1997. №2. С. 3-14.

Bernard L.C., Crupat E. Health Psychology: Biopsychosocial Factors in Health and Illness. Harcourt Brace College Publishers, 1994.

Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997

Health Psychology: Theory, Research and Practice / D.F.Marks, M.Murray, B.Evans, C.Wilig. London, 2000.

ГЛАВА 14
ТЕЛО И КУЛЬТУРА

В сущности, все хорошие вещи неестественны: искусство неестественно, умываться неестественно, неестественно есть вилкой и сморкаться в платок, неестественно уступить место женщине с ребенком… Естественность – несуществующее мерило, которым измеряют неизвестные величины.

Л. Гинзбург.

Почти в каждой главе нашего пособия отмечалось, что в развитии психосоматических синдромов социальные и культурные факторы играют огромную роль. В заключение нам хотелось бы рассмотреть эту проблему в более широком контексте. К сожалению, в отечественной социологии и психологии подобные исследования практически не проводились, так что при написании данной главы мы будем использовать в основном зарубежные источники. При этом приходится отдавать себе отчет в том, что многие из представленных в них теоретических концепций невозможно механически перенести в наши условия.

1. Тело, телесность и плоть: анализ понятий

Прежде всего отметим, что в русском языке употребляются два различающихся по смыслу, но относящихся к физической сущности человека слова: *тело и плоть*. О теле мы можем говорить, не используя понятия душа и жизнь, поскольку в русском языке *тело* – это еще и физическое тело. «Плоть» всегда живая, наполненная кровью, соками. С другой стороны, тело подвижно, имеет внешний вид, оно может быть охарактеризовано как ловкое, совершенное, но в то же время при помощи этого слова можно обозначить мертвое, нарисованное, высеченное из мрамора, наблюдаемое, препарируемое, оцениваемое. В свою очередь, *плоть*, скорее, ощущается самим человеком или же понята/прочувствована другими как воплощение сексуальности, страдания или желания. К слову *тело* можно подобрать синонимы *объект*, *предмет*, а к слову *плоть – ткань*, *утроба*. Обратите внимание, что и «тело», и «плоть» по своему смыслу ничего общего не имеют с понятием «организм», и, кроме того, все три слова могут относиться как к человеку, так и к животному. Аналоги этих понятий есть и в других языках, например в английском (body and flash).

М. Бахтин пытается осмыслить эту неоднозначность, выделяя *внешнее и внутреннее тело*:

«Мое тело – это в основе своей внутреннее тело. Это тело как момент самосознания, совокупность внутренних ощущений, потребностей и желаний, объединенных вокруг внутреннего центра. Это переживание своего тела отличается от тех ценностных характеристик, которые придают телу другие люди… Тело нуждается в другом, чтобы понять себя как внешнее тело, человек должен стать ценностью вне своей жизни и воспринять себя как другого среди других» (1979, с. 44-47).

Очевидно, что «внешнее тело» – это тело, видимое глазами Другого. Рассматривая душу как образ совокупности всего действительно переживаемого, а дух как совокупность всех смысловых значимостей, Бахтин подчеркивает отсутствие конфликта между душой и телом, ибо они описываются в одних ценностных категориях: категориях активного отношения человека к миру. Очевидно, единственный конфликт, который может здесь существовать – это конфликт между духом и «внутренним телом». Бахтин подчеркивает, что на различных исторических этапах в культурном каноне преобладает либо внутреннее, либо внешнее тело.

В последнее время в психологии и других гуманитарных науках стал использоваться термин *«телесность»*, причем разные авторы вкладывают в него различное понимание. Можно рассматривать телесность как пространственно-временное измерение человека, т.е. это понятие относится к активности человека во внешнем мире, к произвольности и осознанности, к самовыражению. При этом тело является пространственным аспектом телесности, а душа – временным. В свою очередь, плоть – это человеческое тело в его родовом аспекте, который означает тот факт, что оно принадлежит (в символическом смысле) не только ему, но и его роду, это тело связанное с непрерывным циклическим процессом умирания и зарождения новой жизни (Круткин, 1993). В литературе можно также встретить и другие определения телесности, например, как воплощения всех психических и социальных качеств в теле. Такое понимание подчеркивает невозможность быть человеком, общественным существом, будучи лишенным тела (Анцыферова, 1982). Наиболее близким по смыслу соответствием термину «телесность» в английском языке будет *embodiment* (Turner, 2001; Sampson, 1998).

2. Социальные законы формирования телесности

Тесная связь ребенка с обществом задана биологически. Младенец – это еще потенциальный человек: он полностью беспомощен, нуждается в уходе и защите; выжить без взрослых он не в состоянии. Зрелость у людей наступает гораздо позже, чем у большинства крупных приматов.

А.Ш. Тхостов (1992, 1994, 2002) указывает, что онтогенез человека в свете культуры - это история формирования человеческого тела, деления внутри

него на субъект и объект. Ребенку, овладевающему произвольными движениями, тело должно представать в качестве объекта. Осваивая собственное тело, он параллельно формирует собственное «Я». По мере освоения тело «растворяется» в субъекте и проявляет себя лишь в особых случаях. Такое тело, полностью подчиненное субъекту, - это универсальный зонд. Оно осознается лишь на уровне границ, разделяющих мир и субъекта. Вообще же реальность тела ощущается в точке сопротивления. Телесное развитие ребенка еще до момента его рождения оказывается социально обусловленным, поскольку нормы поведения беременных женщин, ухода за ними различаются в каждой культуре.

В каждом обществе фиксируются параметры «идеального» тела на основе которых формируется и получает оценку телесность отдельного человека (Круткин, 1993). Социально закреплены техники ухода за ребенком и его воспитания: особенности пеленания, кормления, лечения. Для каждой исторической эпохи характерны уникальные цели и формы телесного контроля. Например, в средние века, как полагает И.С. Кон (1984), детей физически ограничивали в основном для того, чтобы они не поранили себя, стремясь обеспечить их безопасность. Проявления сексуальной активности (особенно у мальчиков) поощрялись. Вообще, внутренние побуждения ребенка практически не являлись объектом педагогических воздействий. Отсутствие в средние века строгого контроля над детьми может объясняться тем, что ребенок имел низкий социальный статус, его жизнь была малозначимой. По мере того, как статус ребенка повышается, воспитанию и контролю над поведением и над телом начинает уделяться все больше и больше внимания. Под контроль подпадают не только активные действия ребенка, но и его мысли, чувства. В детском своеволии начинают видеть источник всяческих пороков. Проявления телесной жизни также начинают ограничивать. Нормируется даже сон: в некоторых странах ребенок должен был спать так, чтобы под одеялом невозможно было угадать формы его тела.

Постепенно в ходе онтогенеза контроль над телом ребенка переходит от взрослых, которые осуществляют за ним уход, к нему самому. В каждой культуре закреплены особые *техники тела*, касающиеся приема пищи, эмоциональной регуляции, здоровья и болезни. Это понятие было предложено М. Моссом (1996). Под техниками тела понимаются традиционные высокоэффективные способы осуществления телесной активности, которые конструируются социальным авторитетом и передаются посредством наглядных демонстраций, воспитания, тренировки.

Концепция Мосса основывается на представлениях о социально обусловленном формировании человеческого организма (которое на момент ро-

ждения является лишь потенциально человеческим). В процессе своего развития индивид овладевает определенным набором навыков (практик), которые позволяют ему эффективно обращаться с телом. Таким образом, любая телесная активность рассматривается в рамках данного подхода как социально сконструированная и культурно специфичная. Мосс рассматривает понятие техник тела на примере таких активностей, как бег, плавание, танец, грудное вскармливание. Он полагает, что техники тела различаются не только у представителей различных культур, но и у представителей различных временных срезов внутри одной культуры, у женщин и мужчин, возрастов и социальных классов. К. Клакхон (1998) указывает на два способа передачи культурного наследния: технический (выработка у индивида определенных навыков) и регулятивный (социальное поощрение или осуждение того или иного поведения).

Созвучны М. Моссу и высказывания некоторых российских авторов (Тищенко, 1986-1992; Арина, 1993), которые предлагают рассматривать развитие телесности человека по аналогии с развитием высших психических функций, описанным в *теории культурно-исторического развития Л.С. Выготского.* Как известно, он утверждал, что такие функции формируются на натуральной основе, однако способы и образцы их развития задаются обществом, что справедливо и в отношении телесного развития. Таким образом, социально обусловленными оказываются большинство физиологических функций и форм телесной активности, причем в теле оказываются воплощенными как индивидуально-психологические (связанные с общением в семье), так и социальные смыслы.

Рассмотрим более подробно, каким образом представлено онтогенетическое развитие телесности в работах П.Д. Тищенко (1986; 1987; 1989; 1990; 1992; 1993).

Первоначально процедуры ухода за телом (кормления, умывания и т.п.) разделены между ребенком и матерью. Мать является «носителем» социальных норм и техник. Параллельно с удовлетворением витальных потребностей ребенка происходит общение между ним и матерью. Как отмечает Бахтин (1979, С.79), «все первоначальные определения себя и своего тела ребенок получает из уст матери и близких… Это слова, идущие навстречу его темному самоощущению, давая ему форму и название». Ребенок не постигает законы человеческого функционирования непосредственно. Он должен разгадать, обозначить наблюдаемые им проявления телесной жизни Другого и своей собственной (Глотова, 1990). Психосоматическая медицина (см. главу 3), как раз и описывает заболевания, начинающиеся в этом пункте развития. Если ранняя коммуникация изначально конфликтна или недостаточна, это

неизбежно отразится на степени и характере удовлетворения потребностей ребенка, а значит, и на формировании его телесных функций. Например, если мать уделяет ребенку внимание лишь когда ему нездоровится или когда он плачет, этот плач станет первой неадекватной формой общения. Состояние болезни будет использоваться им (а позже и взрослым) в личных целях. А. Фрейд (Freud, 1965) отмечала, что там, где мать в своем поведении руководствуется не желаниями ребенка, а какими-то безличными предписаниями, возникают сложности в виде нарушений сна, кормления, страха одиночества. Приведем пример из нашей практики:

Женщина 25 лет, рассказывая о своем детстве, вспоминает, что ее мать была увлечена модной тогда системой воспитания: избегала подходить к девочке, когда она плачет, и брать ее на руки. Впоследствии телесный контакт девочки с матерью и другими людьми был затруднен. Пациентка не помнит случая, когда она сидела бы на коленях у матери или брала ее за руку. Она также жаловалась на скованность в сексуальных отношениях с партнерами. Потребовались долгое время и опыт интимных отношений, чтобы телесный контакт между пациенткой и матерью восстановился: например, они стали обмениваться поцелуями при встречах и расставаниях.

Постепенно ребенку становятся доступны более зрелые формы коммуникации. С появлением речи возможности ребенка регулировать и познавать свое тело увеличиваются, он уже способен относиться к нему как бы «со стороны», а именно со стороны культуры. Телесные состояния приобретают для ребенка особый смысл, несводимый ни к биологическому, ни к индивидуальному.

На этом этапе психосоматические заболевания могут возникнуть как следствие нерационального использования вербальных конструкций (неадекватного обозначения с помощью слов телесных состояний) или патогенного мифа болезни, присущего его семье. Так, для пациентов с соматизированным расстройством характерным является наличие базовых, приобретенных в детстве убеждений типа «мир – опасное место, я уязвим», «только болезнь может служить поводом для уклонения от обязанностей», «я должен полностью контролировать свое тело» и т.п. (Sanders, 1996).

Овладев своим телом, человек может использовать его в собственных целях как инструмент для решения проблем, что объясняет феномен «бегства в болезнь», ипохондрические и соматоформные расстройства.

Наконец требования культуры также могут способствовать возникновению болезни (см., напр., главу 11 данного пособия).

Согласно мнению Дж. Батлер, доминирующий в традиционной науке объективистский дискурс основывается на положении об изначальной «заданности», реальности существования человеческого тела. При этом данный дискурс утверждает, что символическое наполнение тела является попыткой

общества осмыслить его природные свойства. В результате различия между полами предстают под маской естественных различий. Батлер, оспаривая такой подход, утверждает, что не существует никакого «реального» тела. Телесность человека создается заново (конструируется посредством определенных дискурсов) в каждой культуре. Гендерные различия отражают различия в доступе к власти. Не только свойства тела как якобы естественного объекта оказываются социально сконструированными, но и сам этот объект распознается посредством первичного дискурсивного акта. Феминистские авторы утверждают, что из гуманитарных наук исключено именно женское тело, в то время как мужское тело является скрытым эталоном, в сравнении с которым тело женщины получает свою оценку. Многие проявления женской телесности рассматриваются как патологические лишь потому, что они не встречаются у мужчин. Обычно в качестве примеров подобного «оценивания» приводятся роды и послеродовая депрессия. Наиболее частое критическое замечание в адрес конструктивистского подхода к проблеме тела сводится к тому, что в этом подходе тело рассматривается как пассивный объект социального дискурса, вне контекста субъективных чувств, страданий и желаний (Батлер, 2000; Sampson, 1998).

Важным условием формирования тела в истории и культуре являются религиозное воспитание и воздействие. Несмотря на то, что в настоящее время большинством авторов современное западное общество рассматривается как светское, есть определенные основания считать, что многие религиозные ценности и постулаты получены им «по наследству» и теперь выступают под маской моральных и политических законов, а также медицинских требований. Например, «биопсихосоциальный» подход в медицине можно считать соединением моральной модели здоровья (взятой из христианской этики) с концепциями естественнонаучной медицины. М. Дуглас отмечает важность телесных метафор в религиозных церемониях. Многие образы Нового Завета связаны с понятиями чистоты и опасности загрязнения, причем угроза чистоте и спасению души исходит от тела. Поэтому прихожанам предлагаются телесные по их характеру ритуалы очищения и воздержания. Символическое наполнение в религиозных практиках получают еда, сексуальные и репродуктивные функции, функционально-анатомические характеристики человеческого тела, например, такие, как право- и леворукость, – считает Р. Херц. Несмотря на то, что доминирующий в христианстве дискурс о теле в основном является негативным, лишь посредством телесных практик человек может приблизить себя к Богу (Turner, 2001).

Больное и умирающее тело является объектом изучения в медицине. И, хотя она в основном старается раскрыть биологические закономерности

функционирования человеческого тела, тем не менее социальные факторы всегда оказывали сильное влияние как на медицинские концепции, так и на сам процесс лечения. Наиболее известны в области социологии медицины работы М. Фуко, П. Старра, Р. Фицпатрика, Б. Тернера. Особенностью медицины является то, что она – одновременно и область науки и направленная на тело практика. И в этом втором аспекта медицина всегда находилась в особых взаимоотношениях с религией, государством и культурой.

Анализ публикаций, в которых обсуждается влияние общества на тело, позволяет выделить два подхода к оценке такого взаимодействия. Одна из оценок заключается в том, что общество «цивилизует» человека, позволяя ему преодолеть свое животное начало. Благодаря обществу человек получает возможность контролировать собственные эмоции и телесные проявления, выражать в речи свои телесные состояния. Таким образом, из куска плоти тело становится совершенной машиной, подчиненной человеческой душе. Воля и способность человека к самоконтролю – это социальные по своему происхождению феномены (Круткин, 1993; Тхостов, 1992, 1994).

Однако всегда существовала и противоположная точка зрения, отчетливо высказанная З. Фрейдом (1989) в его поздних работах. Он полагал, что общество чрезмерно подавляет человеческие инстинкты, что такое положение не может сохраняться бесконечно, поэтому неизбежны войны и вспышки насилия. Аналогичную точку зрения высказывал Ф. Ницше, который рассматривал человеческую жизнь и развитие общества в контексте непрерывной борьбы между рационализмом и чувственным удовлетворением потребностей (Turner, 2001).

Противопоставление человеческого и животного начал отражает извечную дихотомию человеческого мышления: дихотомию добра и зла (Марков, 1997). При этом «зло» заключено в теле, в частности, как отмечают некоторые феминистские авторы, в *женском теле* (Батлер, 2000).

3. Социальная история тела

Отношение к телу в различные исторические эпохи определялось различиями в типах государств, в ведущем способе производства и в доминирующей религии. Тем не менее, в западной цивилизации в течение ее длительного развития сложилось негативное отношение к телу. Его оценивали как «темницу» души, источник тревог и неконтролируемых желаний, наконец, как тот аспект человеческого существования, который связывает человека с миром животных. Заметим, что для первобытных культур столь драматическое рассмотрение проблемы взаимоотношения души и тела не было

не характерным. Когда душа отделяется от тела, это означает сон (или другое особое состояние сознания), смерть, болезнь, одержимость. Для обозначения бестелесной души, принадлежащей живому человеку, а также покинутого ею тела, в примитивных языках используются особые слова, не являющиеся синонимами слова «человек».

«Мыслящих людей, стоящих на низкой ступени культуры, всего более занимали две группы биологических вопросов. Они старались понять, во-первых, что составляет разницу между живущим и мертвым телом, что составляет причину бодрствования, сна, экстаза, болезни и смерти? Они задавались вопросом, во-вторых, что такое человеческие образы, появляющиеся в снах и видениях? ...Древние дикари-философы ...сделали само собой напрашивающееся заключение, что у каждого человека есть жизнь и есть призрак. То и другое, видимо, находится в тесной связи с телом» (Тайлор, 1989. С. 213).

Но при этом и жизненная сила, и душа могут отделяться от тела. Так постепенно зарождалась и утверждалась идея бессмертия души. Однако первобытная концепция тела не насыщена негативными характеристиками. Тело здесь является своего рода храмом, созданным богами, его проект отражает проект мира:

«Глаза, кровеносная система, дыхание, лоб, уши, губы, затылок, нос, глаза, руки, торс, ноги находятся между собой и внешним миром в тесной функциональной и смысловой связи ...эта их взаимосвязь не может быть поставлена под сомнение, ибо форма человеческого тела преданa человеку богами. Каждая часть тела имеет собственный магический знак, который остается неизменно активным как в теле, так и вне его. ...древнее ...тело не «заселено» ...Никто не имеет власти над ним и никому оно не принадлежит. Тело оказывается проекцией на внешний мир, как тот, в свою очередь, проектирует через него свои органы и гармонии» (Подорога, 1995. С. 10-11).

В. Подорога отмечает, что человеческое тело является частью микрокосма и в этом смысле не существует отдельно как принадлежащее только человеку или его душе: «тело сделано без нас и нашего участия, мы одарены им на время и не в силах оспорить или отменить собственное воплощение» (С. 11).

В античной культуре, как утверждает М. Бахтин (1990), человеческое тело предстает как классическое «внешнее тело», т. е. объект для наблюдения: в нем все открыто и потому должно быть прекрасно. Однако идеи индивидуальной ответственности за свое тело еще не волновали античное общество, хотя в философии стоиков уже отчетливо проявляются идеи «разумного гедонизма» и необходимости контролировать телесную жизнь, в частности желания.

В средние века, несмотря на кажущуюся «строгость», «аскетизм» данного периода, в основном отношение к телу было внимательным. Конечно же, идея отделения души от тела уже достаточно утвердилась в культуре, од-

нако суровые условия жизни требовали от человека повышенного внимания к особенностям функционирования его организма. Человек в физическом смысле был очень уязвимым, свирепствовали голод и эпидемии, медицина была развита слабо, способы передачи власти и имущества, высокая детская смертность и условия производства требовали также наличия большого количества детей. На наш взгляд, все это побуждало людей к откровенному обсуждению телесных проблем и привычек; в обыденной жизни разговоры о теле были явлением обычным.

В работе «Творчество Франсуа Рабле и народная культура средневековья и Ренессанса» (1990) М. Бахтин вводит понятие «гротескной культуры». Он утверждает, что гротескный реализм средневековья подразумевает особую концепцию тела. Например, глаза в гротескном образе большой роли не играют, так как они выражают внутреннюю, индивидуальную жизнь, которая мало ценилась в то время. В крайнем случае, как замечает Бахтин, в словесных описаниях используются выражения типа «выпученные глаза». Большую роль в гротескном средневековом теле, по мнению Бахтина, играют отростки и ответвления – то, что связывает тело с остальным миром. Самой важной частью тела для гротеска является рот. Гротескное лицо можно свести к разинутому рту. Гротескное тело по своей природе незавершенное, оно постоянно строится и творит, поглощает и поглощается. Поэтому такую важную роль в описании гротескного тела играют описания органов размножения. В выпуклостях и отверстиях преодолевается разрыв между телом и миром. Горы и бездны – вот рельеф гротескного тела. В гротескном образе, доведенном до предела, вовсе нет индивидуального тела. Гротеск игнорирует поверхность, которая замыкает и ограничивает индивидуальное тело. Гротескное тело – это родовое тело, взятое в ориентации жизни и смерти, это тело-плоть. Гротескные образы тела распространены в культуре и сейчас, например, в смеховой культуре.

В эпоху Ренессанса, по мнению Бахтина, открывается больший простор для развития индивидуальности. Члены семьи обретают некоторую независимость от ее главы. Быт начинает ограждаться от случайного вторжения. Например, появляются дверные колокольчики, теперь принято заранее договариваться о визитах. Дифференцируется жилое пространство: у домочадцев появляются отдельные комнаты и отдельные постели. Воспитанные люди начинают избегать слишком тесного контакта друг с другом. Это подкрепляется и неизвестными ранее гигиеническими требованиями (Кон, 1984). И если в средние века большую роль играли представления о цикличности, повторяемости времени, то в Новое время утверждается идея его необратимости (Бахтин, 1990).

Телесный канон Нового времени предполагает изолированность человеческого тела от других тел, принятие на себя личной ответственности за поведение, и представление о теле как о сосуде для души. Эта изолированность проявляется и в изменении обычаев и правил поведения. Картезианство утверждает превосходство разума над телом, необходимость контролировать над чувства и сексуальность посредством дисциплины тела (Turner, 2001). В гуманитарных науках утверждается «телесно исключающий дискурс» (Sampson, 1998). Декарт полагает, что возможен такой научный метод, который позволил бы изучать тело отдельно от души, например, с помощью механики. Телесные желания и чувства приводят к ошибкам в познании.

Люди много путешествуют, наблюдают за жизнью примитивных племен, что еще больше укрепляет их убежденность в величии и развитости собственной цивилизации, в высоком предназначении человека, в его господстве над природой. Тело Нового времени, в понимании Бахтина (1990), - это «внешнее тело». Оно довлеет себе, говорит только за себя. Все, что с ним случается, касается только его. Смерть и рождение становятся абсолютно бесповоротными пунктами жизни человека (человеческой судьбы). Новые представления о теле оказывают влияние и на нормы поведения в обществе. На критике подавления тела нормами культуры построены многочисленные психотерапевтические системы, например, психоанализ в редакциях Фрейда и Райха, гештальт-терапия, а также социологические теории (М. Фуко).

Однако было бы интересно рассмотреть, *ради какой цели осуществляется социальный контроль над телом?* Многие социологи, и среди них М. Вебер, утверждают, что на большинстве этапов развития общества тело было связано с практиками осуществления и передачи власти, а также наследования собственности. Поэтому важнейшим и часто обсуждаемым вопросом в социологии тела является контроль сексуальности и репродуктивных функций. Подчинение женщины и детей мужчине, главе семьи, было важным условием легитимной передачи собственности в патриархальном обществе. Требования невинности и верности женщины также служили этой важной цели. В эпоху аскетического капитализма сдерживание личных сиюминутных потребностей и упорядоченная сексуальная жизнь также служили целям накопления и сохранения собственности (Turner, 2001). П. Бурдье, вводя понятия «поля» и «габитуса» (*habitus*), делает акцент на индивидуальных способах восприятия, оценки и поведения, на том, как в самом теле человека воплощаются социальные отношения. Понятие габитуса определяется Бурдье как совокупность исторических отношений, воплощенных в форме высокоэффективных ментальных и телесных схем перцепции, оценки, действия. Поле рассматривается как изменчивое пространство антагонистических от-

ношений, структура и особенности которого определяются и модифицируются агентами габитуса, сражающимися друг с другом за определение и утверждение собственной (соответствующей их габитусу) позиции. Бурдье указывает на воплощенность отношений власти в теле человека. Он утверждает, например, что противостояние между мужчинами и женщинами реализуется не только в социальных действиях, но и в жестах и телесных движениях. Подчинение угнетенных – это не уступка грубой силе, а результат особого способа социализации тела и соматизации отношений доминирования (см.: Stam, 1998).

В современном постиндустриальном обществе тело отделяется от многих, в том числе сексуальной и репродуктивной, традиционных функций. Следовательно, делает вывод Тернер, тело «отделяется от экономики». Изменяется структура промышленности: увеличивается роль сферы обслуживания и информационных технологий. Постиндустриальное общество является потребительским. Удовольствия, развлечения, самопрезентация и самореализация являются важными ценностями эпохи консумеризма.

Рассмотрим понятие *выразительной формы (display)*, предложенное *Э. Гофманом* (см.: Radley, 1998; Turner, 2001). Гофман подчеркивает, что посредством телесной активности человек проявляет свою принадлежность к определенному социальному слою, индивидуальный стиль жизни со свойственными ему ценностями, и, что не менее важно, вступает во взаимодействие с различными аспектами социального окружения и изменяет их. Человек может достигать своих целей, манипулируя впечатлением, которое он производит на других людей. В процессе самопрезентации индивида как актера на социальной сцене тело играет важную роль. В драматургической модели современного общества главной целью «актера» является создание и поддержание нужного имиджа любой ценой, и в этом смысле тело (особенно его внешний вид и движения) может стать как существенным подспорьем, так и препятствием на пути к цели. Участие в социальных пьесах индивида всегда создает для индивида опасность смущения и стигматизации. Попав в ситуацию, вызывающую смущение, он может попытаться «сохранить лицо», однако в случае стигматизации добиться этого практически невозможно. Испытывая угрозу стигматизации, человек может производить достаточно опасные манипуляции со своим телом, например, делать пластическую операцию, придерживаться строгой диеты, и даже вовлекаться в рискованное поведение, если того требуют групповые нормы. Важным аспектом концепции Гофмана является утверждение ключевого значения самопрезентации как в политической, так и в обыденной жизни. Тело выступает в качестве свидетельства не только личных достижений, но и достижений партии, корпорации, семьи.

Образ успешного человека неизбежно включает в себя «успешное» (т.е. соответствующее определенным социальным канонам) тело, поскольку личность всегда презентирует себя в телесных активностях и телесном облике. Гофман называет целый ряд социальных институтов, новых профессий и сфер экономики, которые обслуживают интересы «театрального» общества: косметологи, диетологи, визажисты, пластические хирурги, специалисты по имиджу. Драматургическая модель рассматривает социальную обусловленность тела, скорее, как негативный фактор. Важную роль процессов самопрезентации в формировании личности на современном этапе развития общества отмечают и другие авторы: Э. Фромм (рыночно-ориентированная личность), Д. Рисмэн (направленная на других личность), К. Лэш (нарциссическая личность). В консумеристской культуре контроль над телом является столь же важным, сколь и в предшествующих культурах. Он осуществляется ради успешной репрезентации «Я». К. Шиллинг утверждает, что смерть и старение являются главным врагами позитивного социального имиджа. Более того, современный канон красоты подразумевает пластичность человеческого тела, возможность изменить его по воле человека, теперь тело можно контролировать посредством пластической хирургии, фармакологических препаратов, диеты и физических упражнений.

В заключение отметим: несмотря на обилие плодотворных идей о культурной детерминации тела, все они сегодня имеют статус гипотез, поскольку фундаментальных эмпирических исследований в этой сфере пока не проводилось.

Резюме

Телесность является не биологическим, а социальным качеством человека. Развитие всех физиологических функций зависит от культуры и общества, которое не только формирует, но и контролирует телесность. Контроль над человеческим телом осуществляется соответственно определенным телесным канонам (идеалам красоты и здоровья), а также в связи с процессами передачи власти и собственности. В этом плане особенно важными оказываются проблемы сексуальной жизни, питания и здравоохранения. Современное общество потребления рассматривает тело как проект, создаваемый и реализуемый «Я» с целью самопрезентации и самоутверждения.

Рекомендуемая литература

Бахтин М.М. Творчество Франсуа Рабле и народная культура средневековья и Ренессанса. – М., 1990.

Бахтин М.М. Эстетика словесного творчества. М., 1979.
Кон И.С. В поисках себя: личность и ее самосознание. М., 1984.
Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002. С. 87-128.
Turner B.S. The Body and Society: Explorations in Social Theory. London-Thousand Oaks-New Delhi, 2001.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней/ Пер. с англ. М., 1995.

Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб., 2000.

Анцыферова Л.И. Общественно-исторический характер телесного бытия человека // Биология человека и социальный прогресс. Пермь, 1982. С. 89-96.

Арина Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С.48-58.

Бассин Ф.В. Проблема бессознательного. М., 1968.

Батлер Дж. Гендерное беспокойство // Антология гендерной теории. Мн., 2000. С. 297-346.

Бахтин М.М. Творчество Франсуа Рабле и народная культура средневековья и Ренессанса. М., 1990.

Бахтин М.М. Эстетика словесного творчества. М., 1979.

Блазер А., Хайм Э., Рингер Х., Томмен М. Проблемно-ориентированная психотерапия: Интегративный подход. М., 1998.

Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов: В 2-х томах. Т. 2. Ростов-на-Дону, 1996.

Болл Т. Власть // Психология и психоанализ власти: Хрестоматия: В 2 т. Самара, 1999. Т. 1. С. 29-41.

Бреслав И.С. Произвольное управление дыханием у человека. Л., 1975.

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. М., 1999.

Быховская И.М. Телесность человека как объект социокультурного анализа: Автореф. дис. … д-ра филос. наук: 17.00.08 / РАН, НИИ культурологии. М., 1993.

Вейн А.М. Функциональные и органические заболевания (неврологическая позиция) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1989. Т.89. Вып.11.

Вейн А.М., Молдовану И.В. Нейрогенная гипервентиляция. Кишинев, 1988.

Веккер Л.М. Психические процессы. Т.3: Субъект. Переживание. Действие. Сознание. Л., 1981.

Вертманн А. Регрессивный кризис в случае нейродермита и нарушений трудоспособности //Московский психотерапевтический журнал. 1997. №1.

Выготский Л.С. История развития высших психических функций // Собр. соч.: В 6 т. М., 1983. Т. 3. С. 5-328.

Гаранян Н.Г. Практические аспекты когнитивной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. 1996. №3. С. 29-48.

Глотова Г.А. Человек и знак: Семиотико-психологические аспекты онтогенеза человека. Свердловск, 1990.

Граве П.С. Некоторые теоретические вопросы психической саморегуляции // Психическая саморегуляция. Алма-Ата, 1973. Т.1.

Захаржевский В.Б. Специфичность психовегетативного эффекта в аспекте психосоматической и кортико-висцеральной концепций // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991.

Зинченко Ю. Психоанализ: эволюция симптома // Бессознательное. Его открытие, его проявление. От Фрейда к Лакану. Европейская Школа Психоанализа. Коллоквиум московского круга. М., 1992.

Иванников В.А. Психологические механизмы волевой регуляции. М., 1991.

Исаев Д.Н. Проблема психосоматических взаимоотношений // Методология и социология психиатрии. СПб., 1991.

Каплан Г.И., Сэдок Дж. Клиническая психиатрия: В 2 т. М., 1998.

Канетти Э. Элементы власти // Психология и психоанализ власти. Хрестоматия: В 2 т. – Самара, 1999. Т.1. С. 120-168.

Каннеман Д., Тверски А. О психологии прогнозирования // Э. Пайнс, К. Маслач. Практикум по социальной психологии; 4-е международное издание. СПб., 2000. С. 120-136.

Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л., 1980.

Кейсмент П. Поиск пространства: вопрос о границах // П.Кейсмент. Обучаясь у пациента. Воронеж, 1995. С. 217-243.

Клакхон К. Зеркало для человека: Введение в антропологию. СПб., 1998.

Козелецкий Ю. Психологическая теория решений. М., 1979.

Кон И.С. В поисках себя: личность и ее самосознание. М., 1984.

Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. М., 1986.

Круткин В.Л. Онтология человеческой телесности (Философские очерки). Ижевск, 1993.

Куттер П. Современный психоанализ. СПб, 1997.

Кучинский Г.М. Развитие феноменологического метода и Dasein-анализ // Dasein-анализ в философии и психологии. Мн., 2001. С. 94-169.

Лавриненко Г.В. Здоровье студентов: Факторы риска заболеваний. Учеб. пособие. – Мн., 1999.

Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс. М., 1970. С. 178-209.

Леви-Строс К. Структурная антропология. М., 1983

Лисина М.А. Соматизированные психические нарушения, имитирующие патологию опорно-двигательной системы // Советская медицина. 1990. №5.

Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М., 1977.

Лэнг Р. Расколотое “Я”/ Пер. с англ. СПб, 1995.

Марков Б.Ф. Философская антропология. М., 1997.

Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб, 1994.

Мелзак Р. Загадка боли. М., 1981.

Молдовану И. В. Культурологические модели «регуляции» функции дыхания и некоторые перспективы психосоматики // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 150-156.

Мосс М. Общества. Обмен. Личность. М., 1996.

Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.

Николаева В.В. О психологической природе алекситимии // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 84-93.

Обухов Я.Л. Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний. М., 1997.

Отношение населения к здоровью /Под ред. И.В.Журавлевой. М., 1993.

Первин Л., Джон О. Психология личности. М., 2000.

Перлз Ф.С. Внутри и вне помойного ведра. СПб., 1995.

Перлз Ф.С., Гудмен П., Хефферлин Р. Практикум по гештальттерапии //Перлз Ф.С. Внутри и вне помойного ведра. СПб., 1995.

Пиаже Ж. Характер объяснения в психологии и психофизический параллелизм // Фресс П., Пиаже Ж. Экспериментальная психология. М., 1966. Вып.1,2.

Подорога В. Феноменология тела: Введение в философскую антропологию. М., 1995.

Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. М., 1979.

Роджерс К. Взгляд на психотерапию: Становление человека. М., 1994.

Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. М., 1989. Т. 1, 2.

Руткевич А.М. От Фрейда к Хайдеггеру: Критический очерк экзистенциального психоанализа. М., 1985.

Семке В. Истерические состояния. М., 1988.

Соколова Е.Т. «Где живет тошнота?» // Московский психотерапевтический журнал. 1994. №1.

Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М., 1989.

Тайлор Э.Б. Первобытная культура. М., 1989.

Тищенко П.Д. Дано мне тело //Человек. 1990. № 3.

Тищенко П.Д. Жизнь как феномен культуры //Биология в познании человека. М., 1989.

Тищенко П.Д. О диалектике системы становления жизнедеятельности человека //Здоровье и экология человека: Философские и методологические аспекты. М., 1986.

Тищенко П.Д. О технологиях разбиения бытия на душу и тело // Бессознательное, его открытие, его проявление: От Фрейда к Лакану. М.: Коллоквиум московского круга, 1992. С. 80-97.

Тищенко П.Д. О философском смысле феноменов “здоровье” и “болезнь» // Здоровье человека как предмет социально-философского познания. М., 1989.

Тищенко П.Д. Психика и соматический процесс // Общественные науки и здравоохранение. М., 1987.

Тищенко П.Д. Психосоматическая проблема (объективный метод и культурологическая интерпретация) // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М. Б. И., 1993. С. 28-38.

Томэ Х. О психотерапии пациентов, страдающих нервной анорексией //Московский психотерапевтический журнал. 1998. № 2.

Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т.1: Теория. М., 1996..

Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т.2: Практика. М., 1996.

Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М., 1986.

Три взгляда на случай Эллен Вест: Людвиг Бинсвангер, Ролло Мэй, Карл Роджерс // Московский психотерапевтический журнал. 1993. №3.

Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система //Вестник МГУ. Серия "Психология". 1993. № 1.

Тхостов А.Ш. Интрацепция в структуре внутренней картины болезни. Дис. на соиск. уч. степени д-ра психол. наук. М., 1991.

Тхостов А.Ш. Семантика телесности и мифология болезни //Телесность человека: Междисциплинарные исследования. М., 1993.

Тхостов А.Ш. Субъект и бессознательное //Бессознательное, его открытие и проявление. М., 1992.

Тхостов А.Ш. Топология субъекта (опыт феноменологического исследования) //Вестник МГУ. Серия «Психология». 1994. №2.

Тхостов А. Ш. Психология телесности. М., 2002.

Фрейд З. Недовольство в культуре // Философские науки. 1989. №1.

Фрейд З. О психоанализе // Фрейд З. О клиническом психоанализе. М., 1991.

Фрейд З. Психопатология обыденной жизни // Фрейд З. Психология бессознательного. М., 1990. С. 382-424.

Фрейд З. Психология бессознательного. М., 1990.

Фуко М. Рождение клиники. М., 1998.

Фуко М. Надзирать и наказывать: Рождение тюрьмы. М., 1999.

Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность: В 2 т. М., 1986.

Холомогорова А.Б. Философско-методологические аспекты когнитивной психотерапии //Московский психотерапевтический журнал. 1996. №3. С. 7-18.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Интеграция когнитивного и психодинамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств //Московский психотерапевтический журнал. 1996. №3.

Хомская Е.Д. Нейропсихология. М., 1987.

Шибутани Т. Социальная психология. Ростов-на-Дону, 1998.

Ялом И.Д. Экзистенциальная психотерапия. М., 1999.

Ялом И.Д. Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы/ Пер. с англ. М., 1997.

Ялом И.Д. Мамочка и смысл жизни. М., 2002.

Ясперс К. Общая психопатология. СПб., 1997.

Adler N., Matthews K. Health Psychology: why do some people get sick and some stay well? // Annual Review of Psychology. 1994. V.45. P. 229-259.

Applying a risk-taking perspective. E. Andserson, N. Bell, J. Fischer e.a. // Adolescent Risk Taking / Ed. by Bell N., Bell R. Newbury Park, 1993. P. 165-185.

Augoustinos M., Walker I. Social Cognition: An Integrated Introduction. – London: SAGE Publications, 1996. Ch.6. P. 134-163.

Baerveldt C., Voestermans P. The body as a selfing device // The Body and Psychology. London, 1998.

Bandura A. Self-efficacy and health behavior // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997.

Barbour A. Caring for Patients: A critique of the medical model. Stanford, 1995.

Becker M.H. The health belief model and personal health behavior // Health Education Monographs. 1974. V.2. N4.

Benthin A. Adolescent health threatening end health-enhancing behaviors: a study of word association and imagery // Journal of Adolescents Health, 1995. Sept. V.17. N3. P.143-152

Bernard L.C., Crupat E. Health Psychology: Biopsychosocial Factors in Health and Illness. Harcourt Brace College Publishers, 1994.

Bishop G.D., Converse S.A. Illness representations: A prototype approach //Health Psychology. 1986. V.5. P.95-114.

Bundy C. Cardiovascular and respiratory disease. Treatment // The Handbook of Clinical Adult Psychology / Ed. by S.Lindsay & G.Powell. London & New York, 1995. P. 573-588.

Cacioppo J., Andersen B., Turnquist D., Petty R. Psychofisiological comparison processes: interpreting cancer symptomd //Women with cancer: psychological perspectives. New York, 1986.

Cairins D., Adkins R., Scott M. Pain and depression in acute traumatic spinal cord injury: origins of chronic problematic pain? // Archives of Physiology and Medical Reabilitation. 1996. V. 97. N 4. P. 329-335.

Carmody T.P. Health-related behaviours: common factors // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997. P. 117-120.

Carver C., Harris S. How important is the perception of personal control? // Personality and Social Psychology Bulletin. Vol. 26. № 2. P. 139-150.

Cassileth B., Lusk E., Miller D., Brown L., Miller C. Psychosocial correlates of survival in advanced malignant diseases //New England Journal of Medicine. 1985. V.312. P. 1551-1555.

Cioffi D. Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretation // Psychological Bulletin. 1991. Vol.109, P.25-41.

Contrada R.J, Levental H., O'Leary A. Personality and Health // Handbook of Personality: Theory and Research / Ed. by Pervin L.A. New York,London: The Guilford Press, 1990. P. 638-669

Davison K., Petrie K. Emotional expression and health // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997. P. 103-106.

Dienstbier R.A. Arousal and physiological toughness: Implications for mental and physical health //Psychological Review. 1989. V.96. P.84-100.

Dissotiation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma / Van der Kolk B.A., Pelcovitz D., Roth S. e.al. //American Journal of Psychiatry. 1996. V. 153. N. 7 (Suppl.).

Edelmann R. An introduction to health psychology // The Handbook of Clinical Adult Psychology / Ed. by S.Lindsay & G.Powell. London; New York, 1995. P. 486-513.

Fischhoff B. Risk perception and health behavior // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997. P. 157-160.

Folkman D. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis // Journal of Personality and Social Psychology. 1984. V. 46.

Frankenhaeuser M. A psychobiological framework for research on human stress and coping // Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social Perspectives. New York, 1986.

Freidson E. Profession of medicine: A study in the sociology of applied knowledge. New York, 1970.

Freud A. Normality and Pathology in Childhood. New York, 1965.

Friedman H., Rosenman R. Type A behavior and your heart. New York, 1974.

Gardner W. A life-span rational-choice theory of risk taking // Adolescent Risk Taking / Ed. by Bell N., Bell R. Newbury Park, 1993. P. 66-83.

Glass D.C. Behavior patterns, stress and coronary disease. Hillsdale, 1977.

Godfrey R. A guide to the understanding and use of tricyclic antidepressants in the overall management of fibromyalgia and other chronic pain syndromes // Archives of Internal Medicine. 1996. V. 156. N 10. P. 1047-1052.

Greco C., Rudy T., Herlich A. Temporamandibular Disorder // Functional Somatic Syndromes: Etiology, Diagnosis and Treatment / Ed. by P.Manu. Cambridge, 1998. P. 127-158.

Han Y., Williams R.D., Harrison R.A. Breast cancer screening knowledge, attitudes, and practices among Korean American women // Oncology Nursing Forum. 2000. Vol. 27/ № 10. P. 1585-1591.

Harris T. Life events and health // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997.

Heidrich S.M., Forsthoff C.A., Ward S.E. Psychological Adjustment in Adults With Cancer: The Self as Mediator // Health Psychology, 1994/ V.13. № 4. P. 346-353.

Hellhammer D. Psychoendocrinology: brain, hormones and behavior //Perspectives and Promises of Clinical Psychology. New York & London, 1992. P. 61-66.

Herzlich C. Health and illness: A social psychological analysis. London, 1973.

Holmes T., Rahe R. The Social Readjustment Rating Scale //Journal of Psychosomatic Research. 1967. V.11. P.213-218.

Holzberg A. The effects of depression and chronic pain on psychosocial and physical functioning // Clinical Journal of Pain. 1996. V. 12. N. 2. P. 118-125.

Hosaka T. et al. Application of the relaxation technique in general hospital psychiatry // Psychiatry and Clinical Neuroscience. 1995. V. 45. N. 5-6. P. 259-262.

Irwin C.E. Adolescence and risk taking: how are they related? // Adolescent Risk Taking / Ed. by Bell N., Bell R. – Newbury Park, 1993. P. 7-28.

Jackson K.M., Aiken L.S. A Psychosocial model of sun protection and sunbathing in young women: the impact of health beliefs, attitudes, norms, and self-efficacy for sun protection // Health Psychology. 2000. Vol. 19. №. 5. P. 458–468.

Katz R.C., Meyers K., Walls J. Cancer awareness and self-examination practices in young men and women // Journal of Behavioral Medicine. 1995. Vol. 18. № 4. P. 377-384.

Kinzl J.F., Traweger C., Biebl W. Family background and sexual abuse associated with somatization // Psychoter. Psychosom. 1996 .V. 64. №. 2.

Kleinman A. The Illness Narratives: Suffering, Healing and The Human Condition. USA, Basic Books, 1988.

Kneip et al. Self- and Spouse Ratings of Anger and Hostility as Predictors of Coronary Heart Disease // Health Psychology. 1993. V.12. N 4. P.301-307.

Kolbe L., Kann L., Collins J. Overview of The Youth Risk Behavior Surveillance System//Public Health Reports. 1993. V.108. Suppl.1. P.2-10.

Kreuter M., Strecher V. Changing Inaccurate Perceptions of Health Risk: Results From a Randomized Trial //Health Psychology. 1995. V.14. N 1. P.56-66

Kugelman R. The psychology and management of pain: Gate control as theory and symbol // Stam (Ed.). The Body and Psychology. Cambridge, 1998. P. 182-204.

Lalljee M. The interpreting self: an experimentalist perspective//Understanding The Self. /Ed. by R.Stevens. London, 1996.

Laudenslager M., Ryan S., Drugan R., Hyson R., Maier S. Coping and immunosuppression: Inescapable but not escapable shock suppresses lymphocyte proliferation //Science. 1983. V.221. P.568-570.

Lazarus R. Puzzles in the study of daily hassles //Journal of Behavioral Medicine. 1984. V.7. P.375-389.

Lazarus R., Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York, 1984.

Lear D. Sexual communication in the age of AIDS: the construction of risk and trust among young adults // Social Science in Medicine. 1995. Vol. 41. № 9. P. 1311-1323.

Leedham B., Meyerowitz B., Muirhead J., Frist W.H. Positive expectations predict health after heart transplantation // Health Psychology. 1995. Vol. 14. № 1. P. 74-79.

Leventhal H., Benyamini Y. Lay beliefs about health and illness //Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997.

Levy S.M. Behavior and cancer: Life-style and psychosocial factors in the initiations and progression of cancer. San Francisco, 1985.

Lindsay S., Powell G. (ed.). The Handbook of Clinical Adult Psychology. London; New York, 1995.

Lopes L. Between hope and fear: The psychology of risk // Research On Judgment and Decision Making. Currents, Connections and Controversies / Ed. by Goldstein W., Hogarth R. Cambridge, 1997. P. 681-720.

Lumley M.A., Stettner L., Wehmer F. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways // Journal of Psychosomatic Research. 1996. V. 41. №. 6

Matthews K. Psychosocial perspectives on the Type A behavior pattern // Psychological Bulletin. 1982. V.81. P.293-323.

Mattingly C. Healing Dramas and Clinical Plots: The Narrative Structure of Experience. Cambridge, 1998.

Mellers B.A. Choice and the relative pleasure of consequences // Psychological Bulletin. 2000. Vol. 126. № 6. P. 890.

Morris S.W. Designing Health Promotion Approaches to High-Risks Adolescents Through Formative Research With Youth and Parents // Public Health Reports. 1993. V. 108. Suppl.1. P. 68-77.

Morris T., Greer S. A. ”Type C” for cancer? // Cancer Detection and Prevention. 1980. Vol. 3. P. 102.

Murray M. The Storied Nature of Health and Illness //Qualitative Health Psychology. Theories and Methods. London, 1999. P. 47-63.

Murray M., Chamberlain K. Health Psychology and Qualitative Research // Qualitative Health Psychology: Theories and Methods. Cambridge, 1999. P. 1-15.

Nemeroff R., Midlarsky E. Gender and racial correlates of personal control among emotionally disturbed older adults // Journal of Aging and Human Development. 2000. Vol. 50. № 1. P. 1-15.

Parsons T. Action theory and the human condition. New York, 1978.

Perloff L. Social Comparison and Illusions of Invulnerability to Negative Life Events // Coping with negative life events: Clinical and social psychological approach / Ed. by Snyder C.R. and Ford C. New York, 1987.

Pert C. The wisdom of the receptors: Neuropeptides, the emotions and body mind //Advances. 1986. Vol. 3. P. 8-16.

Petrie K., Moss-Morris R. Coping with chronic illness // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997. P. 84-87.

Pollio H.R., Henley T.B., Thompson C.J. The Phenomenology of Everyday Life. Cambridge; New York; Melburn, 1997.

Prochaska J.O. Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors // Health Psychology. 1994. Vol. 13. № 1. P. 47-51.

Pulkinen L. Behavioral precursors to accidents and resulting physicall impairment // Child Development. 1995. Vol. 66. № 6. P. 1660-1679.

Rainsford H.E., Palisi B.I. Aerobic exercise, subjective health and psychological well-being within sex and gender subgroups // Social Sciences In Medicine. 1996. Vol. 2. № 11. P. 1555-1559.

Sampson E.E. Establishing Embodiment in Psychology //Stam H. (Ed.). The Body and Psychology. Cambridge, 1998. P. 30-52.

Sanders D. Counselling for Psychosomatic Problems. London; Thousand Oaks; New Delhi, 1996.

Sarason B.R., Sarason I.G., Gurung R. Close Personal Relationships and Health Outcomes: A Key to the Role of Social Support // Handbook of personal relationships: theory, research and interventions / Ed.: D.Steve. Chichester, 1996.

Schafer R.B., Keith P.M., Schafer E. Predicting fat in diets of marital partners using the health beliefs model // Journal of Behavioral Medicine. 1995. Vol. 18. № 5. P. 419-433.

Scherwirz L., Berton K., Leventhal H. Type A behavior, self-involvement, and cardiovascular response //Psychosomatic Medicine. 1978. V.40. P.593-609.

Schwarzer R., Renner B. Social–cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy // Health Psychology. 2000. Vol. 19. № 5. P. 479–486.

Shekelle R., Raynor W., Ostfield A., Garron D., Bieliauskas L., Liu S., Maliza S., Paul O. Psychological depression and 17-year risk of death from cancer //Psychosomatic medicine. 1981. V.43. P.117-125.

Spiegel D., Bloom J., Kraemer H., Gottheil E. Effect of psychological treatment on survival of patients with metastatic breast cancer //Lancet. 1989. V2. P.888-891.

Stahlberg D., Frey D. Attitudes: structure, measurement and functions // Introduction to social psychology: A European perspective / Ed. by Hewstone M., Stroebe W., Stephenson G.M. Oxford, 1996. P. 205-239.

Stam H. (Ed.). The Body and Psychology. Cambridge, 1998.

Stephenson G.M. Applied Social Psychology // Introduction to social psy-

chology: A European perspective / Ed. by M.Hewstone, W.Stroebe, G.M.Stephenson. Oxford, 1996.

Steptoe A. Stress and disease // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997. P.174-177.

Steptoe A., Molineux D. Family history of cardiovascular disease, physical fitness, and psychophysiological reactivity to mental stress // Perspectives and Promises of Clinical Psychology. New York & London, 1992. P.106-123.

Strecher V., Rosenstock I.M. The health belief model // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997. P. 113-116.

Stroebe W., Wit J. de. Health-impairing Behaviours // Applied Social Psychology. London, 1996. P. 113-144.

Strube M. A self-appraisal model of Type A behavior pattern // Perspectives in personality: Theory, maesurement and interpersonal dynamics. Greenwich, 1987. P. 201-250.

Sutton S. Theory of planned behavior // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997. P.177-180.

Taylor S. Social Cognition and Health // Personality and Social Psychology Bulletin. 1982. V. 8. N. 3. P.549 – 562.

The Handbook of Clinical Adult Psychology / Ed. by S.Lindsay & G.Powell. London; New York, 1995.

Turner B.S. The Body and Society: Explorations in Social Theory. London; Thousand Oaks; New Delhi, 2001.

Visintainer M., Volpicelli J., Selisman M. Tumor rejection in rats after inescapable or escapabse shock // Science. 1982. V.216. P.437-439.

Vitkus J. (Ed.). Casebook in abnormal psychology. New York, 1993.

Waitzkin H. Information giving in medical care //Journal of Health and Social Behavior. 1985. V.26. P.81-101.

Wardle J. Anorexia nervosa and bulimia // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997. P. 363-366.

Wardle J. Dieting // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997. P. 436-438.

Wardle J. Disorders of eating end weight. Investigation // The Handbook of Clinical Adult Psychology / Ed. by S.Lindsay & G.Powell. London; New York, 1995.

Wegner D. Ironic Processes of Mental Control //Psychological Review. 1994. V.101. N1. P.34-53.

Weinstein N. Testing 4-th Concurring Approaches of Health-Protective Behavior//Health Psychology. 1993. V.12. N4. P.324-333.

Whalen C. et al. Optimism in Children's Judgments of Health and Environmental Risks// Health Psychology. 1994. V.13. N4. P.319-325.

Wilcox S., Stefanick M.L. Knowledge and perceived risk of major diseases in middle-aged and older women // Health Psychology. 1999. Vol. 18. № 4. P. 346-353.

Wilson D., Taylor A., Roberts L. Can we target smoking groups more effectively? A study of male and female heavy smokers // Preventive Medicine. 1995. Vol. 24, № 4. P. 363-368.

ОГЛАВЛЕНИЕ